

ANNÉE 1963

N°
1228

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

PAJOT ANDRÉ-JEAN-MARC-DOMINIQUE
né le 20 février 1929 à Paris-VI^e

présentée et soutenue publiquement le

1963

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RÉINTERVENTIONS
D'URGENCE EN CHIRURGIE ABDOMINALE**

A PROPOS DE 42 INTERVENTIONS

Président : M. G. LAURENCE, Professeur

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulounguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR } Gaston CORDIER
2^e ASSESSEUR } Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.)
	{ SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.)
	{ BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.)
	{ DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	{ POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (M.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	LEGER (L.)
	ABOULKER (P.)
	PATEL (J.)
	CORDIER (G.)
	GOSSET (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	SICARD (A.)
	OLIVIER (Cl.)
	FÈVRE (M.)
	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	GAUDART D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	DECOURT (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	LAMY (M.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	HUGUIER (J.)
Clinique gynécologique (Broca)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	GASTAIGNE (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	MILLIEZ (P.)
Cliniques médicales	LENÈGRE (J.)
	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	BROUET (G.)
	BARIÉTY (M.)
	SÈZE (S. de)
	DREYFUS (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	KOURILSKY (R.)
	DEBRAY (C.)
	GENNES (L. de)
	DEROT (M.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	DAVID (M.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	GARCIN (R.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	LACOMME (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	MERGER (R.)
Cliniques obstétricales	VARANGOT (J.)
	RENARD (G.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	AUBRY (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	LELONG (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	BERNARD (E.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MICHAUX (L.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	COSTE (F.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	ROUX (M.)
Clinique stomatologique (Pitié)	LEMAIRE (A.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	GAULTIER (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	PADOVANI (P.)
Clinique toxicologique	DOMART (A.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	POILLEUX (F.)
Séméiologie médicale	COUVELAIRE (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	TURPIN (R.)
Clinique urologique (Necker)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	{	BOUR (H.)
		LHERMITTE (F.)
		PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (G.) COUINAUD (G.) GILLOT (G.) OLIVIER (G.) pr. s. ch.	Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUNGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)	Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)	Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) GERBONNET (G.) CHATELIN (G.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAV (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale	BAULIEU EL. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)	Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) GROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)		AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) CORLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (C.) MCREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)		
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.) BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUNAMEL (G.)	Pathologie médicale	
Hématologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Histologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)		
Hydrologie	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)		
Hygiène	BASTIN (R.) Pr. s. ch. DUPONT (V.)		
Maladies infectieuses	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)		
Médecine légale	ALBAHARY (C.) PERTUISSET (B.) LAPRESLE (J.)		
Médecine du travail	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)	Pédiatrie-Puériculture	LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Neuro-chirurgie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)		
Neurologie			
Obstétrique			
Ophthalmologie			

	MM.
Pharmacologie	{ BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch.
Physiologie	{ DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.
Physique médicale	{ GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phthisiologie	{ KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	{ DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Stomatologie	{ CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
Urologie	{ AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	{ PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	{ GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE { BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)

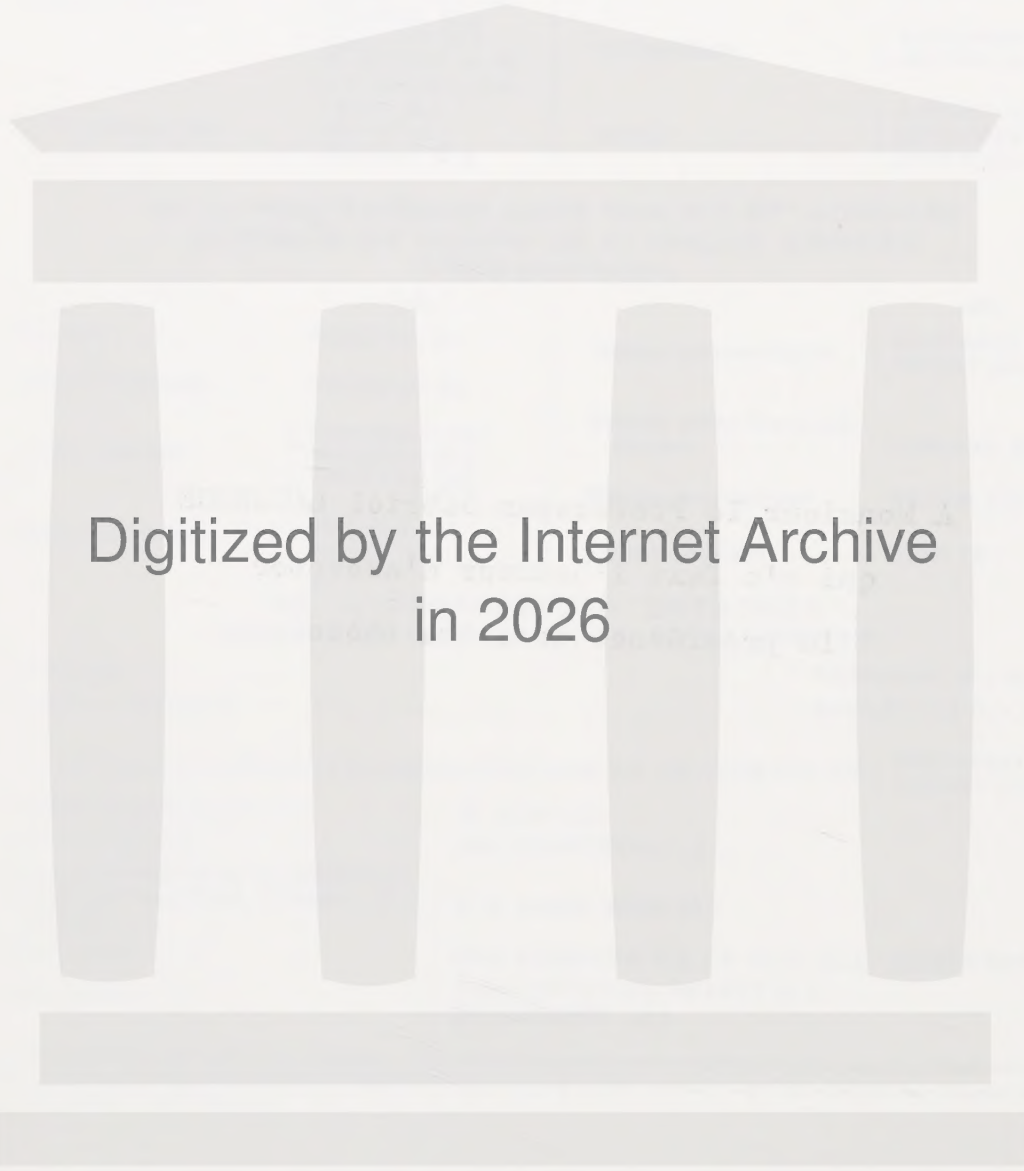
Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	{ M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	Milles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)
Bibl'othécaire	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur Gabriel LAURENCE

qui m'a fait l'honneur d'accepter

la présidence de cette thèse



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152014_0028

A Monsieur le Docteur Philippe MONOD-BROCA

Chirurgien des Hôpitaux

qui m'a confié le sujet de cette thèse.

Je lui dois ma vocation chirurgicale.

Qu'il trouve ici l'expression de mes sentiments
d'admiration, de reconnaissance et de fidélité.

A Monsieur le Docteur André GERMAIN

Professeur Agrégé

En témoignage de ma très grande admiration.

En reconnaissance de sa bienveillante sollicitude
et de son remarquable enseignement.

A Monsieur le Professeur Jean-Claude RUDIER
A Monsieur le Professeur Agrégé Jacques LATASTE
A Monsieur le Docteur Noël DESFOSES
A Monsieur le Docteur J. CHEVASSU-PERIGNY
A Monsieur le Docteur Frédi SCHIMMEL

qui m'ont fait l'honneur de me confier leurs observations.

A mes assistants :

Les Docteurs FOURCADE et BRUNET

TESTAS

SCHULSINGER - NADAL et FORTIER

Mademoiselle MASSIANI - DESPRETS - GUILLET - ARNAVIELHME .

DELFORGE

KUNLIN

A mes conférenciers d'internat :

Les Docteurs LAMARE - ARTHUIS et LAGRUE

TABLE DES MATIERES

Introduction

I Hémorragies

II Occlusions

III Péritonites

IV Fistules digestives

V Eviscérations

Conclusions

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES REINTERVENTIONS D'URGENCE

EN CHIRURGIE ABDOMINALE

(à propos de 42 observations)

Le travail que l'on va lire n'a aucune prétention stastistique. Intéressé par les difficultés du diagnostic des complications post-opératoires, nous avons recueilli au cours de notre internat 42 observations, issues de plusieurs services hospitaliers et de clientèle de ville ; nous les publions in extenso.

Nous n'avons pas résolu, ce faisant, le problème posé par le diagnostic précis des complications, mais nous pensons que les faits recueillis pourront aider ceux qui s'intéressent également à cette question.

Nous avons étudié les complications qui nécessitent une réintervention, et tout particulièrement une réintervention urgente, dont dépend la vie même de l'opéré : occlusion, hémorragie, péritonite, éviscération, sans nous limiter aux seules complications des deux premiers septennaires, car certaines complications survenant un peu plus tard, vers la 3e ou la 4e semaine, que le malade soit encore hospitalisé ou déjà rentré chez lui, posent sensiblement les mêmes problèmes.

Le classement de quelques complications sous telle ou telle rubrique prête à discussion. Qui a commencé de la fistule ou de l'éviscération ? Qui prédomine de l'occlusion ou de l'abcès ? Ce n'est pas toujours évident, aussi reconnaissons-nous le caractère parfois arbitraire de notre choix.

HISTORIQUE

Si certaines complications comme l'occlusion post-opératoire ont suscité d'innombrables travaux, nous n'avons retrouvé qu'un faible nombre de publications traitant globalement les problèmes posés par la réintervention d'urgence en chirurgie abdominale.

D'après nos recherches, le premier livre consacré à cette étude est celui de l'allemand F. STARLINGER "Die Relaparotomie"

publié en 1954 ; encore ne répond-il qu'incomplètement à ses promesses.

CLAVEL y consacra un chapitre dans son livre "Stratégie et tactique en chirurgie abdominale d'urgence" publié en 1955.

En 1955, BLOCH-LAROCQUE dans les cahiers d'anesthésiologie, à propos de la "réanimation dans les réinterventions abdominales" et LONDON AG d'Edimbourg en 1959, dans les "réinterventions d'urgence en chirurgie abdominale" apportent des suggestions beaucoup plus intéressantes.

En 1962, un large débat a été consacré à ce sujet, sous la présidence de DELANNOY, au congrès français de chirurgie.

En 1963, DIANE inspiré par GERMAIN rapporte dans son mémoire la statistique de l'hôpital de Créteil concernant les cinq dernières années avec 82 réinterventions et leur étude critique.

MATERIEL D'ETUDE

Il est composé de 42 observations ainsi réparties :

Hémorragies :

13 cas mortalité nulle
12 guérisons après réintervention
(1 guérison après 2 réinterventions d'hémostase)

Occlusions :

14 cas 11 guérisons, dont une sans réintervention
3 décès (2 par non-réintervention, et un par réintervention trop tardive)

Péritonites :

6 cas 3 guérisons
3 décès
dont 1 décès par réintervention trop tardive avec faux diagnostic
et un décès par réintervention trop tardive après 2 réinterventions inadaptées.

Fistules digestives :

4 cas 3 guérisons par réintervention
1 guérison sans réintervention
mortalité nulle

Eviscération :

- 5 cas 1 seule guérison définitive
- 2 décès dans les heures qui ont suivi la réintervention
- 1 décès au bout d'un mois
- 1 décès tardif au bout de 6 mois

Ainsi sur 42 cas, nous avons :

- 32 guérisons, dont 2 sans réintervention
- 9 morts dont 2 en l'absence de réintervention
(et 1 mort tardive dans les mois qui ont suivi la réintervention, et qui n'est pas comptée dans la mortalité opératoire)

On peut penser que les sept réopérés décédés seraient morts, même sans réintervention. De même, on pourrait penser que 22 des 30 réopérés guéris seraient presque sûrement morts en l'absence de réintervention.

Nous déplorons 2 morts par l'absence de réintervention. Ce chiffre est vraisemblablement élevé. Mais il est souvent difficile d'analyser le problème sous cet angle, la cause du décès n'étant pas toujours vérifiée par autopsie. C'est ce qui fait la valeur du travail de DAVIS de Los Angeles, dont nous reparlerons dans le chapitre suivant.

Ainsi sur 38 réinterventions, nous déplorons 7 morts, ce qui donne une mortalité opératoire de 18,6%.

Cette mortalité est élevée par rapport à la mortalité opératoire globale en chirurgie abdominale, qui est de 3 à 4%. Elle est due en partie au retard apporté à la réintervention par suite des hésitations dans l'établissement du diagnostic. En effet, de nombreux facteurs rendent difficiles le diagnostic de la complication, l'indication de la réintervention et le choix de l'heure optima pour réopérer, à savoir :

- 1) le traitement de l'opéré qui masque la complication
 - péritonite sous antibiotiques ou sous perfusion
 - occlusion sous aspiration
 - hémorragie sous transfusion

- 2) la difficulté d'un examen correct (pansement, perfusions, aspiration)
- 3) la difficulté d'interpréter correctement les signes chez un opéré de l'abdomen.

Quand un vomissement, une douleur de l'abdomen deviennent-ils des signes d'alarme chez un opéré récent ?

- 4) facteurs psychologiques

Répugnance naturelle du chirurgien à soumettre un malade à une laparotomie itérative qui peut se révéler inutile. Difficulté à faire admettre au malade l'idée d'une nouvelle anesthésie et d'une seconde intervention, alors que par définition, la première s'est déroulée anormalement.

L'étude de nos dossiers groupés sous 5 rubriques (hémorragies, occlusions, péritonites, fistules digestives, éviscérations) donnera un aperçu des problèmes concrets posés par les réinterventions.

CHAPITRE I

HÉMORRAGIES POST-OPÉRATOIRES

Les réinterventions d'urgence pour hémorragie post-opératoire ne font l'objet que de rares communications, si bien que la fréquence de leur survenue est difficile à apprécier.

LONDON, à Edimbourg, sur 1571 interventions abdominales pratiquées de 1955 à 1957 dans son service eut 75 réinterventions d'urgence, dont 9 pour hémorragie interne qui se répartissent ainsi :

- siège intra-gastrique : 4 cas
 - hernie hiatale et ulcère oesophagien
 - sur la tranche gastrique (2 cas)
 - érosion gastrique après suture d'ulcère duodénal perforé.
- siège intra-péritonéal : 4 cas
 - 2 lâchages de méso-appendice
 - 1 lâchage de coronaire stomachique
 - 1 hématome de la loge splénique après splénectomie pour rupture de la rate.
- siège rétro-péritonéal : 1 cas
 - après prothèse aortique en orlon, le malade guérit de son hémorragie, mais mourut d'une autre complication, c'est le seul décès de cette statistique.

LONDON a exclu les hématomes de paroi de cette statistique.

Le Professeur GERMAIN (dans le mémoire de DIANE), sur 3168 interventions de chirurgie générale (excluant la chirurgie urologique et péritéale) de 1958 à 1961 eut 62 réinterventions, dont 13 pour hémorragies (soit 15,8 %).

L'intérêt de cette étude réside dans le fait que le diagnostic d'hémorragie interne n'est pas toujours aussi simple qu'on pourrait le croire. DAVIS, de Los Angeles, a étudié dans cette optique, de 1947 à 1956, 105 cas de choc irréversible post-opératoire avec exitus dans les 24 premières heures. L'autopsie faite systématiquement a révélé que dans le 1/3 des cas (32 cas) il s'agissait d'une hémorragie persistante.

HAROLD, HARVEY, sur 1692 interventions pour ulcère duodénal trouvent 24 hémorragies post-opératoires majeures. 3 seulement de celles-ci furent reconnues dans les premières heures. La moitié environ ne fut diagnostiquée qu'après le sixième jour.

Il est communément admis que l'hémorragie post-opératoire précoce est due à une faute de technique, ce qui est souvent exact. Cependant les réinterventions ont montré que dans bien des cas le chirurgien n'est nullement responsable de cette hémorragie. Il retrouve ses ligatures intactes. Bien mieux, il est parfois impossible de découvrir la cause de l'hémorragie et on peut se demander s'il n'y a pas alors de phénomènes de fibrinolyse locale (GEMMAIN). Nous verrons que même dans ces cas d'étiologie obscure, la réintervention en évacuant le sang et les caillots transforme l'état du malade. L'opération s'avère à l'évidence plus indispensable encore lorsqu'elle permet l'hémostase directe d'un vaisseau qui saigne.

Matériel d'étude

Il ne disposons de 13 observations d'hémorragie post-opératoire toutes réparées avec succès.

Cbs 1 : rupture splénique après intervention gynécologique.

2 : hématome des droits après cure d'éventration.

3 : hémorragie interne après gastrectomie.

4 : hémorragie gastrique persistante après gastrotomie exploratrice.

5)

6) hémorragie interne après appendicectomie.

7)

8 : hémorragie rétro-péritonéale persistante chez un polytraumatisé.

9 : hémorragie interne après néphrectomie.

10 : hémorragie interne après cholédocotomie.

11 : hémopéritoine après ovariectomie.

12 : hémorragie interne après appendicectomie.

13 : hémopéritoine après appendicectomie.

soit :

9 hémorragies intra-péritonéales (obs. 1-3-5-6-7-9-10-11-13)

1 hémorragie intragastrique (obs. 4)

1 hématome grave de paroi (obs. 2)

1 hémorragie rétro-péritonéale (obs. 8)

1 hémorragie à la fois intra et rétro-péritonéale (obs. 12)

Date de la réintervention

- pour les 9 hémorragies intra-péritonéales :

à J + 1 4 cas (obs. 3-5-6-10)

3 1 cas (obs. 1)

5 1 cas (obs. 11)

7 1 cas (obs. 7)

9 1 cas (obs. 13)

12 1 cas (obs. 9)

- hémorragie intra-gastrique : 1 cas à J + 4
- hématome grave de paroi : 1 cas à J + 5
- hémorragie rétro-péritonéale : 1 cas à J + 67
- hémorragie à la fois intra et rétro-péritonéale : 1 cas à J + 8 puis J + 15. C'est la seule hémorragie qui a nécessité 2 réinterventions pour faire l'hémostase et évacuer les caillots (obs.12).

Nous envisagerons d'abord les observations, puis les problèmes diagnostiques et thérapeutiques que posent les hémorragies post-opératoires.

Observation 1

Le Docteur MONOD-BROCA, en qualité de chirurgien de garde est appelé d'urgence par l'interne LACHARTRE, le 4 décembre 1955, à Beaujon auprès d'une jeune femme de 33 ans qui est dans un état des plus alarmants.

Opérée trois jours auparavant de salpingectomie pour hydrosalpinx (ovaires et utérus laissés en place). Les suites sont très simples ; la malade qui est dans une chambre seule, est euphorique le matin à la visite, et une heure après la fin des visites elle est prise d'un malaise.

Puis à 20 heures, pâleur intense, ni pouls ni tension, bref hémorragie interne manifeste. Et l'on pense tout de suite à un lâchage de pédicule. Cependant une réserve est faite sur l'horaire tardif de la complication (72e heure). Devant la description précise de LACHARTRE, le Docteur MONOD-BROCA conseille de commencer l'intervention, sous transfusion, avant même son arrivée.

J + 3 Réintervention d'urgence (LACHARTRE , MONOD BROCA)

Compte rendu opératoire : " hémopéritoine des plus cataclysmiques : 1 litre de sang au moins dans l'aspirateur. Nombreux champs imbibés. Au total : 3 litres. Anesthésie médiocre. Exploration visuelle impossible. L'absence de caillots dans le Douglas, et la notation de visite dans l'après-midi poussent à faire explorer sans tarder la région splénique : éclatement de la rate.

La médiane est aussitôt prolongée vers l'appendice xyphoïde. Splénectomie, ligature en bloc du pédicule. Asséchement parfait. Vérification du pelvis (léger hématome sous péritonéal à partir du pédicule utéro-ovarien gauche). Fermeture au lin, sans drainage, en étages. Réanimation médiocre car veines impossibles.

Finalement 1 flacon préopératoire

1 flacon peropératoire sous pression, et je conseille 4 autres flacons."

La rupture était effectivement traumatique, survenue lors d'une visite tumultueuse l'après-midi, ayant mis à profit l'isolement d'une chambre à un lit.

Observation 2 P.M. 68 ans

Grave hématome de paroi après cure d'éventration (anti-coagulants).

Histoire : le 15.12.61. laparotomie exploratrice pour P.A.I. au cours de laquelle est pratiquée une cholecystectomie. Fermeture de la paroi en 2 plans au nylon avec surjet de nylon sur la peau.

Six mois plus tard, elle revient pour cure d'éventration sur sa cicatrice médiane.

Compte rendu opératoire du 13.6.62.

"Incision médiane sus-ombilicale itérative,
Refoulement du péritoine sans l'ouvrir.
Dissection des berges aponévrotiques de l'éventration.
Cure de l'éventration par le procédé de Quénu e, 2 plans après dédoublement de la gaine des droits.
Les points sont réalisés aux nylons séparés.
Surjet sur la peau."

Suites opératoires :

J + 3 . A la suite d'une douleur au mollet elle est mise à une faible dose d'Héparine, 50 mg 3 fois par jour et à 2 comprimés de Tromexan. Cette thérapeutique est continuée le lendemain.

20.6.62. J + 5 : A 7 H 30 du matin, la malade présente un aspect de choc aigu hémorragique avec un hématome de paroi considérable. Il lui est injecté des flacons de sang et 5 cc de sulfate de protamine. L'hématome de paroi continue à augmenter et on décide alors de l'évacuer sous couvert de PPSB (prothrombine + procouvertine + facteur Stewart + facteur antihémophilique B).

Les examens de coagulation pratiqués à 12 H 30 après que la malade ait reçu 4 flacons de sang, sont les suivants :

- complexe prothrombique (temps de Quick) = 75%
- accélerine = 80 %
- prothrombine vraie = 75 %
- proconvertine = 75 %
- TC = 7' , 8' et 9' (en tubes)
- consommation de prothrombine = 35 sec
- thrombodynamogramme : r = 18
- r+ R = 24
- a = 65

Le malade étant en salle d'opération et endormie, il lui est injecté en 2 fois 60 cc de PPSB.

Compte rendu opératoire du 20.6.62. 12 h 30 :

"Femme de 68 ans opérée quelques jours auparavant d'une éventration sus ombilicale, traitée par dédoublement de la gaine des droits selon la méthode de Guénu.

Les suites avaient été parfaitement simples jusqu'à l'apparition d'une thrombose jambière gauche. Etant donné que cette femme avait déjà fait une phlébite après l'intervention initiale (cholécystectomie pour PAH) on la met au traitement anticoagulant à base d'Heparine et de Tromexane.

A la 36e heure, état d'anémie suraiguë liée manifestement à un hématome considérable de la région opératoire.

Réanimation intensive par sang et sérum glucosé qui améliore l'état général et permet en particulier la reprise de la diurèse qui confinait à l'anurie.

Réouverture de la plaie médiane sus-ombilicale. Il existait un énorme hématome qui a complètement disséqué la paroi, sauf à la face postérieure de la gaine des droits, et qui a fusé en bas et à gauche presque jusqu'à l'épine iliaque. La quantité de sang retiré pouvant être estimée à 2 l. environ. Evacuation des caillots et du liquide. Constatation de l'absence actuelle de saignement. Mise en place de 2 drains de Redon dans le décollement. Fermeture de la paroi au nylon".

Prélèvements effectués à 16 heures (injection de PPSB vers 13 h) :

- complexe prothrombique = 100 %
- TC = 6' et 7'
- consommation de prothrombine : 30 secondes
- thrombodynamogramme : $r = 13$
 $r + R = 18$
 $a = 65$

Les drains de Redon qui ont été mis en place ont donné au total pour les 24 premières heures 300 cc de sang et rien par la suite.

Le traitement à la vitamine K1 (2 ampoules/jour) est continué 3 jours et les tests de coagulation restent normaux.

Au 6e jour de la réintervention, la malade va bien et n'a présenté aucune complication d'ordre embolique.

Observation 3 : hémorragie interne après gastrectomie

P... J., coiffeur de 34 ans, suivi régulièrement depuis 10 ans pour ulcère duodénal est envoyé pour hématomèse le 25.8.1962

La veille : hématomèse abondante avec méloena - tension artérielle 9/5. Les radiographies du 27.7.1956 et du 27.11.1956 apportées par le malade montrent une niche ulcéreuse bulbair.

D'urgence :

groupe sanguin : O Rh +
NFS : GR = 2.100.000
GB = 11.000 (PN 82
(L 16
(M 2

TS : 8'

TC : 9'

taux de prothrombine = 100 %

urée sanguine = 0,85 g/l

Réanimation immédiate : 2 flacons de sang isogroupe.

25.8.62. Gastrectomie d'urgence Finsterer (Dr PAJOT) à 13

"Médiane sus-ombilicale.

Exploration : on sent une induration de la face antérieure du premier duodénum ; il n'y a pas de sang dans le grêle, mais un peu dans le colon ; foie et rate sont normaux.

Gastrectomie des 2/3 type Finsterer-Hofmeister.

- ligature des vaisseaux de la grande courbure au ras de celle-ci à la gauche vers la droite.
- dissection assez facile du duodénum,
- ligature de la pylorique au lin 2,
- section du duodénum aux ciseaux. La tranche de section fait percevoir sur la face antérieure du duodénum restant le fond de l'ulcération, avec un petit caillot centré celle-ci. Recoupe du duodénum en quartier d'orange enlevant ainsi l'ulcère.
- fermeture du duodénum - nylon points séparés avec 2 bourses d'enfouissement sus-jacentes.
- ligature de la coronaire stomachique au lin 2.
- on monte la première anse jéjunale à travers le mésocolon à droite de la colica média.
- fermeture de la raquette gastrique à points séparés de nylon.
- anastomose gastro-jéjunale en un plan de nylon. L'anastomose est

jugée satisfaisante, mais à anse un peu courte,

- suspension de l'anse par 5 points à la queue de la sonde,
- fermeture de la brèche méso-colique,

- En fin d'intervention, on note une tendance au saignement ; l'exploration ne permet pas de trouver de cause évidente, malgré une révision complète de la cavité abdominale,

- fermeture de la paroi sur une lame de caoutchouc mise dans le lit hépatique et sortant par une contre-incision droite, avec surjet au catgut sur le péritoine et nylon sur l'aponévrose et la peau."

Réanimation per-opératoire :

sang conservé isogroupe 1.100 cc

1 gramme de gluconate de calcium

Bilan histologique 12.379 : "ulcération détruisant la muqueuse et la sous-muqueuse. L'ulcération possède un fond fibrino-leucocytaire et la paroi sous-jacente contient de nombreux vaisseaux dilatés. Aucun signe histologique de malignité n'a été rencontré sur les fragments examinés."

J + 1

- 10 h

malade pâle, langue humide

TA : 15,5/9 ; pouls : 102

Abdomen souple, urines claires 500 cc

- 14 h 30

point de côté base hémithorax droit

la TA se pince à 12/8 ; le pouls s'accélère à 120, est mal bien frappé

la pâleur s'accroît.

l'hypocondre droit se déprime mal et est extrêmement douloureux.

le reste de l'abdomen est parfaitement souple.

la lame donne très peu de sang.

- 16 h 30

nouvelle NFS : GR : 3.500.000

GB : 20 400

hématocrite = 34

Hb = 69% VG 1.

TS = 3'

TC = 6' (tube)

Aucun antécédent hémorragique.

On accélère les perfusions de sang en prenant deux voies veineuses ; depuis la première intervention, le malade a reçu :

- glucosé : 2 l 500
- ClNa : 12 g
- ClK : 5 g
- 2 flacons de sang
- 2 vit. K1

- 18 h.

On décide une réintervention d'urgence à la 24e heure avec le diagnostic d'hémorragie interne.

On émet l'hypothèse que le point de côté droit est expliqué par l'existence de caillots dans l'hypocondre droit. Le cliché thoracique est en effet normal.

Compte rendu opératoire :

"Réintervention pour syndrome d'anémie aiguë, sans extériorisation importante de l'hémorragie.

On reprend la plaie opératoire et on découvre un épanchement sanglant fait de caillots et de sang liquide dont la quantité peut être évaluée à 1 l 500 environ. On débarrasse soigneusement toute la cavité péritonéale du sang épanché et, comme il est habituel, on ne trouve pas la cause de l'hémorragie.

On peut supposer qu'il s'agit d'une blessure d'un petit vaisseau au niveau de la contre incision droite lors de la pose de la lame. Quoi qu'il en soit, à la fin de cette réintervention aucun saignement ne se produit, et on referme en 3 plans après avoir posé une nouvelle lame par l'orifice déjà existant."

Dès le réveil le malade est recoloré, avec meilleure tension et meilleur pouls.

L'aspiration duodénale mise en place ne ramène que peu de liquide gastrique non hémorragique.

Réanimation peropératoire : 2 flacons de sang

Suites de la réintervention :

J' + 1 : 1 flacon de sang

J' + 2 : SGI 2.500 cc
Trophysan 1.000 cc
ClNa : 16 g
ClK : 5 g

J' + 3 : SGI 1.500 cc
Trophysan : 1000 cc
ClNa : 16 g
ClK : 5 g

L'état général est parfait, le point de côté a disparu ; la température est descendue de 38° à 37°.

J' + 4 : GB : 4.000.000
GB : 7.300 dont (PH : 70 - E : 1 - L : 24 - H : 5)

J' + 7 : ablation de la lame sans incident.

J' + 10 : ablation des fils. Paroi parfaite.
arrêt de la pénicilline 1 million, streptomycine 1g
perfusion d'un flacon de sang frais car GB : 3.800.000
GB : 8.100
Eb : 67
VG : 0,9

réalimentation correcte.
transit normal.

J' + 12 sortant guéri.

Observation 4 : hématomèse récidivante, réintervention d'urgence au 4e jour - Gastrotomie exploratrice itérative.

M.S. 23 ans, admis d'urgence pour hématomèse apparue le matin même suivie de méloena avec anémie à 2.600.000.

Ce malade se plaint depuis 2 ans de gêne épigastrique avec une recrudescence dans la quinzaine précédente.

Examens complémentaires demandés d'urgence :

complet hépatique : normal
urée sanguine : 0,60g/l
crase sanguine normale

Réanimation préopératoire : 2 flacons de sang isogroupe O Rh +

Intervention d'urgence le 18.6.62. :

"Jeune homme de 23 ans, admis dans le service dans un état d'anémie sévère le matin même par hématomèses et méloena qu'un interrogatoire rapide ne permet pas de rattacher à une cause précise.

Etant donné la crainte où l'on est d'un ulcère duodénal perforant ulcérant la gastre-duodénale, on décide d'intervenir après transfusion rapide de 2 flacons.

- Médiène sus-ombilicale.

L'exploration complète de tous les organes abdominaux ne montre absolument rien.

Le grêle est strictement normal. Il contient d'ailleurs peu de sang qui est collecté dans le colon.

Pas de diverticule de Meckel

Foie et rate sont normaux.

Pas de circulation collatérale importante.

A la vue et au palper, même après ouverture de l'arrière cavité, l'ensemble paraît strictement normal. Il en est de même du duodénum.

- On réalise une gastrotomie antérieure assez large, mais les conditions d'éclairage très défectueuses ne permettent pas de trouver la moindre lésion.

Il est à noter que l'estomac ne contient pas de sang.

On referme la gastrotomie en un plan extra-muqueux fils de nylon points séparés, et la médiane en 3 plans de nylon."

Suites opératoires:

J + 1 et J ++ 3 : 4 flacons de sang.

J + 4 : rectorragie de sang rouge et de sang noir.

accélération du pouls à 160 ; chute tensionnelle.

l'hémocrite est à 32 % - la numération à 2.500.000 A.L.

Devant cette reprise de l'hémorragie on décide de réintervenir d'urgence au 4e jour après avoir passé 4 flacons de sang.

22.6.62. Réintervention d'urgence

"Réintervention d'urgence pour hémorragie rectale de sang noir et de sang rouge survenue le matin, entraînant une baisse notable de la H.M. et un état d'anémie rigide compensé par quelques flacons de sang.

- Médiane sus ombilicale itérative.

On note d'emblé que l'estomac est vide de sang, qu'il en est de même de la plus grande partie du grêle. Seule la dernière anse en contient.

On ouvre la gastrotomie précédente et l'on poursuit l'incision des parois gastriques antérieures en haut et en aval.

Le duodénum est parfaitement sain.

- Par contre, cette fois dans des conditions d'éclairage bien meilleures, on découvre que la lésion causale est une gastrite hémorragique, la paroi gastrique saignant en une vingtaine de points dont beaucoup sont d'ailleurs obturés par un caillot.

Fermeture de la gastrectomie en un plan extra-muqueux, points séparés de nylon fin.

- Etant donné le jeune âge du sujet, la labilité extrême des épisodes gastritiques hémorragiques, on renonce à tout geste chirurgical majeur tel que paraît l'être une gastrectomie ou une opération de Dragstedt avec gastro-entérectomie, et l'on pense confier ce malade au traitement médical en cas de récurrence de l'hémorragie. Fermeture de la médiane en 3 plans de nylon.

Suites de la réintervention normale.

Sort le 4 juillet apyrétique, en bon état général. Paroi cicatrisée. Numération à 4.500.000 E.A.

Observation 5

Musulmane de 25 ans opérée la veille dans une clinique de la banlieue parisienne pour appendicite par Mac Burney.

Les suites sont mauvaises. Le chirurgien qui a opéré ne peut être joint et l'infirmier prend seul l'initiative d'amener la malade à l'hôpital, où elle est vue 36 heures après l'intervention.

Anémie aigüe extraordinaire, sujet inerte, livide, exangue avec météorisme abdominal. TA à 0, pouls imprenable. Diagnostic immédiat : lâchage de méso-appendiculaire. Dénudation sur le chariot, groupage. Sang : 2 litres au Jouvelot, ce qui amène la tension à 7.

Intervention immédiate :

"Mac Burney agrandi.

Couverture du péritoine : évacuation de 3 litres de sang par aspiration. On se porte sur la région appendiculaire et on constate : moignon enfoui, méso-appendice correctement lié au cæcum, mais sur la face postérieure du cæcum, deux artérioles donnent en jet : ligature des deux artérioles au lin.

Fermeture pariétale sur un drain."

Suites immédiates bonnes : pouls et tension satisfaisants, reprise du transit au 4^e jour.

Malis progressivement : phénomènes de subocclusion, météorisme abdominal, fièvre à 37° 5.

Au toucher rectal on sent à bout de doigt une masse difficile à interpréter : abcès ou agglomération d'anses grêles.

Au 21^e jour, on décide de réintervenir :

"Péritonite diffuse et cloisonnée. Les anses grêles forment le couvercle d'un hémotome infecté du promontoire, d'environ 250 cc, que l'on évacue. Le sigmoïde limite latéralement cette collection. Les anses grêles adhèrent entre elles. Libération progressive de toutes les anses grêles depuis l'angle duodéno-jéjunal jusqu'à l'angle caecal. Mise en ordre des anses.

Fermeture pariétale en un plan sur un drain dans le Douglas."

Suites immédiates excellentes. Reprise du transit. Etat général excellent.

Le malade sort au 18^e jour.

Observation 6

L. J-C. 23 ans, admis d'urgence pour crise appendiculaire le 20.9.62. avec 4 crises semblables dans les antécédents.

A la numération faite en urgence : GR. : 4.600.000
GB. : 15.600

Appendicectomie d'urgence :

"Mac Burney.

Appendice légèrement inflammatoire. Appendicectomie.

Ligatures au lin N°1 . Paroi au catgut 00. Agrafes sur la peau."

J + 1 : vive douleur bicipulaire avec dyspnée, sans signe thoracique clinique, ni radiologique.

A 14 heures, malade pâle, pouls rapide, tension pincée, vertiges, douleurs abdominales péri-ombilicales sans coliques, douleur vive au toucher rectal, mais Douglas vide.

N.F.S. : GR : 4.200.000 VGr : 1
GB : 29.800

Radiographie de l'abdomen sans préparation : opacité évoquant un épanchement. Le diagnostic clinique d'hémorragie interne est pratiquement certain.

A 17 heures 30, réintervention d'urgence avec le diagnostic de lâchage du méso-appendiculaire.

"Médiane sous ombilicale.

Epanchement sanglant dans le péritoine que l'on évacue par aspiration (1 litre environ).

On se porte sur la région appendiculaire et l'on voit que l'un des vaisseaux du méso a dérapé sous la ligature.

Ligature de ces vaisseaux au lin, qui est efficace.

Nettoyage soigneux de la cavité abdominale au sérum.

Reposition des anses grêles et du grand épiploon.

Fermeture pariétale sans drainage en 3 plans.

Nylon sur le peau."

Réanimation peropératoire : 400 cc de sang isogroupe. L TA qui, au début de l'intervention est à 9/6 est à 14/8 en fin d'intervention.

Reprise du transit au 2e jour.

Persistance d'un léger décalage thermique pendant 8 jours.

Suites compliquées d'une désunion cutanée de la médiane reprise au 20e jour.

J + 20 , le 11 octobre 1962 : 2e réintervention :

"Il s'agit d'une désunion pariétale d'une cicatrice de médiane sous ombilicale pour hémopéritoine.

Avivement des lèvres cutanées. Suture au nylon sur drainage filiforme.

Suites simples. Sortant au 8e jour cicatrisé.

Observation 7 : réintervention 7 jours après appendicectomie pour hémopéritoine.

Nord Africain de 25 ans opéré il y a une semaine environ d'appendicite aiguë.

J + 1 : température à 40°

J + 2 : température à 38°

J + 3 à J + 7 : la température remonte progressivement à 39°.

J + 7 : apparaît une tuméfaction abdominale hypogastrique, douloureuse, très visible chez ce sujet maigre. Elle ressemble tant à un globe vésical que l'interne de garde la sonde à 2 reprises pour éliminer une possibilité de rétention urinaire.

En outre, petite hémorragie intestinale de sang rouge dans

l'après midi ; pas d'arrêt du transit, mais un vomissement le matin. L'interrogatoire est quasi impossible, le malade ne parle pas le français. Le compte rendu opératoire confirme qu'il s'agit d'appendicite aigüe. Toutefois la fin du grêle à tort n'a pas été vérifiée.

Le toucher rectal permet de sentir à bout de doigt une saillie douloureuse.

Radiographie de l'abdomen sans préparation : pas de niveau liquide.

N.F.S. : GR : 2.800.000
GB : 24.000

Au terme de cet examen, le Docteur MONOD-BROCA pense qu'il s'agit d'un volumineux abcès abdomino-pelvien, ou d'un abcès provoqué par un diverticule de Meckel méconnu, et redoutant la rupture, réintervient immédiatement :

29.2.1956. Intervention (Docteur MONOD-BROCA) :

"Médiane. Enorme hémopéritoine (750 cc de sang dans l'aspirateur et des caillots que l'on aspire à pleines poignées). Après asséchement on constate qu'il existe un tout petit saignement dans la gouttière rétro-caecale, mais il est impossible d'en faire l'hémostase. Une mèche à prostate imbibée de thrombase est placée au contact. Cet hémopéritoine enkysté était limité en haut par le sigmoïde et l'épiploon qui protégeait la grande cavité. Fermeture au crin."

On finit par apprendre que le malade a eu deux hémorragies dentaires antérieurement, on pense à une hémophilie qui n'a pas été confirmée par les examens, si bien que l'étiologie n'a pu être précisée.

Observation 8

Le 5.5.61. L.M. 40 ans, admis d'urgence après accident de voie publique pour écrasement thoraco-abdominal gauche par roue de camion.

Blessé choqué léger, pâle mais bonne tension : 12/8 ;
pouls : 76.

- Il existe une vive douleur dans le 2 fosses lombaires surtout la gauche, ainsi que dans l'hypocondre gauche.
- Pas de contracture, pas de pneumopéritoine, pas de matité des flancs

- Cicatrice d'appendicectomie.
- Sondage : urines sanglantes.
- N.F.S. d'urgence : GR : 3.500.000
GB : 12.000 dont PH : 91
hématocrite : 32 %
- Radiographie de l'abdomen sans préparation :
 - fracture du bassin avec disjonction pubienne.
 - fracture de plusieurs apophyses transverses droites et gauches.
 - pas de pneumopéritoine.
 - pas de signe d'épanchement intra-péritonéal.

Réanimation : 1.000 cc de sang

La pâleur s'accroît, le pouls s'accélère, la tension chute. On fait le diagnostic d'hémorragie interne (contusion de la rate associée à la contusion du rein gauche).

Intervention d'urgence :

"Le diagnostic s'orientant vers la rupture de la rate, on pratique une incision oblique gauche. A l'ouverture du péritoine il existe une importante quantité de sang, mais on constate immédiatement l'existence d'un segment colique complètement désinséré et gangréné. Il s'agit du colon descendant dont le méso est rompu et saigné. La rate est normale.

On pratique donc un abaissement de l'angle gauche pour pouvoir faire une résection colique de tout le segment altéré et non vascularisé. Ligature vasculaire au niveau de la branche mésocolique qui saigne et fixation des 2 bouts mésocoliques sectionnés en canon de fusil en anus iliaque gauche.

L'exploration poussée vers la région postérieure montre qu'il existe un très volumineux hématome rétro-péritonéal gauche que l'on mèche

Un drain est laissé au contact de la mèche et la paroi est fermée sur un surjet de catgut sur le péritoine - nylon, catgut sur le plan postérieur et antérieur de la gaine des droits, catgut sur les muscles et le plan sous-cutané, nylon sur la peau."

Suites opératoires. Elles sont simples sur le plan digestif.

- ablation de la mèche au 3e jour
- ouverture du clamp intestinal du bout supérieur au 4e jour.

- selles abondantes au 6e jour
- obliteration du drain au 8e jour.

Par contre :

- décolage thermique entre 39° et 38° pendant 8 jours.
- diurèse autour de 500 cc pendant 9 jours.
- phlébite de la jambe gauche nécessitant les anticoagulants.
- abcès de paroi abdominale avec fistulographie montrant un trajet oblique en arrière et dehors à travers la paroi musculaire qui nécessitera :

A J + 67, le 11.7.61. un drainage chirurgical :

"Débridement de la cicatrice. On suit le trajet et en arrière on tombe sur un décollement rétro-péritonéal. Evacuation de 200 cc de liquide sanglant trouble, d'odeur fétide. Nettoyage, mèche, drain."

Le 16.8.61, on peut fermer sans incident l'anus iliaque gauche.

Le 30.11.61, consolidation.

Observation 9. M.J. 33 ans. Hémopéritoine au 12e jour d'une néphrectomie (rupture splénique).

Il s'agit d'une malade qui a été opérée dans le service il y a 12 jours pour une très volumineuse tumeur papillaire du rein gauche. L'intervention pratiquée par une voie de Quenu, avait consisté en une néphrectomie. Des difficultés d'hémostase ont amené à mécher largement l'espace rétro-péritonéal au contact du pélicule lié.

Dans les suites opératoires, le pansement donne du sang, mais l'écoulement sanglant s'arrête progressivement en une semaine.

Il apparaît au 7e jour une phlébite indiscutable du membre inférieur droit, et qui est traitée par 600 mg d'Héparine intraveineuse quotidienne.

Malgré des transfusions, la malade reste pâle avec une anémie qui oscille entre 3.200.000 et 3.700.000 G.L.

Dans la journée du 21 avril 63 on note une aggravation du tableau clinique avec collapsus.

- la T.A. oscille entre 7 de maxima et 6.
- le pouls s'accélère, et la pâleur de la malade s'accentue.
- à l'examen de l'abdomen, il existe dans l'hypocondre droit et dans la fosse iliaque droite une douleur et une défense très vive que l'on retrouve dans le flanc et dans la fosse lombaire droits.
- les touchers pelviens sont normaux. Il n'y a pas de météorisme abdominal mais l'impression générale est qu'il s'agit d'un syndrôme

Réintervention :

- "On reprend l'ancienne cicatrice.

Volumineux hémopéritoine (2 litres). Evacuation soigneuse. On enlève la mèche qui sortait par une contre-incision du flanc gauche. Il n'y a pas de sang à ce niveau.

- Par contre, sur la face interne de la rate pré-hilaire, il existe une plaie de la capsule avec issue d'un filet de sang rouge permanent. Il semble bien qu'il s'agisse d'une plaie de la rate qui s'est remise à saigner avec les anticoagulants.

- Splénectomie.

Ligature des différents pédicules et des vaisseaux courts au lin. Un drain de Goinard dans la loge splénique qui sortira par une contre-incision du flanc gauche.

Une lame au contact de la ligature du pédicule rénal.

- En vérifiant le grêle, on voit qu'il existe des adhérences très serrées avec une couture de l'iléon qui s'est accolé au grand épiploon au niveau du flanc gauche.

Libération du grêle.

La zone dépéritonisée est resuturée au nylon par des points séparés. Fermeture de la paroi au nylon en un plan. Nylon sur la peau."

Suites opératoires très simples.

- reprise du transit au 3e jour.
- recoloration des téguments. Remontée rapide des globules rouges.

Observation 10 : Hémorragie interne à la 24e heure d'une cholécystotomie pour lithiase.

Madame P.A.S., admise dans le service du Docteur MONOD-BROCA le 5 mars 1962 pour ictère rétentif avec à la radiographie image de dilatation considérable de la voie biliaire principale sans image de calcul évidente, ni injection du bas cholédoque.

Bilan préopératoire :

- tests hépatiques normaux
- taux de prothrombine : 100 %
- urée sanguine : 0,35 g/l
- H.F.S. : GR 4.500.000
G.L. 6.600

- E.C.G. normal - TA : 14/8
- thorax normal

Le 14.3.63. intervention (Docteur ELSTAS) :

"Médiane. Intubation du cystique HMB gros cholédoque, pas de passages duodénaux. Image douteuse de calcul du bas cholédoque.

Cholédocotomie et duodénotomie: sphinctérotomie (papille scléreuse sur le 3e duodénum). Biopsie papillaire. On finit par extraire 2 calculs cholédociens. Fermeture de la duodénotomie en un plan.

Cholécysectomie rétrograde. Drain de Kehr. Excellente hémostase.

Une lame sous hépatique par contre-incision.

Paroi en 3 plans au plastofil."

Réanimation peropératoire : sang : 750 cc

Suites opératoires troublées :

J + 0 Collapsus brutal avec sueurs, soif ...

18h30 Issue de sang rouge en quantité très modérée par la lame sous-hépatique. On pense à une hémorragie du lit vésiculaire hépatique et on met en oeuvre des transfusions sanguines (2400cc en 18 heures).

Malgré les transfusions, la T.A. reste en permanence à 8 de maxima, minima imprenable.

J + 1 La sonde uréthrale ramène 450 cc d'urines claires, puis dans 6 h les heures qui suivent, environ 30 cc (jusqu'à 9 H 30) d'urines rosées.

Il existe un sub-ictère.

On vérifie les flacons de sang et l'on s'aperçoit qu'un flacon AB + a été utilisé alors que la malade est du groupe A +. Et, l'on décide de diriger la malade sur l'Hotel Dieu après avoir vérifié l'hémostase.

Examens avant la réintervention :

- recherche d'une hémoglobinurie : positive
- urée sanguine : 0,80g/l
- ionogramme sanguin :

K : 4,6 meq

Na : 142 meq

Cl plasmatique : 106 meq

Bilan de la première journée : J + 0

<u>Pertes</u>		<u>Entrées</u>	
urines	450	sang peropératoire	750
bile Kehr	300	sang post-opératoire	2.400
aspiration	330	S.G.I.	750
peropératoires	500	subtosan	500
pertes insensibles	2.000		
pertes totales	3.580	entrées totales	4.400

Prescriptions :

Néosynéphrine IV 6 ampoules
 Lévo-phed 2 ampoules
 gluconate de Ca 40 cc
 vitamines K 1 2 ampoules
 naphthionine IV
 Pénicilline IM
 Streptomycine 1 g

J + 1 réintervention (Docteur TESTAS)

Induction pentothal - intubation.

La malade dort avec très peu d'anesthésique.

SGI + 3 Lévo-phed. La T.A. remonte à 12/6

Compte rendu opératoire : "Décaillotage en agrandissant la contre-incision de drainage. 1 kg de caillots. Rien ne saigne. Mickulicz.

Mèche. Un point pour rétrécir l'incision."

Réanimation J + 1 de 8 h à 15 h 30

<u>Pertes</u>		<u>Entrées</u>	
urines	50	sang peropératoire	500
Kehr	50	SGI	500
aspiration peropératoire	2.000		
pertes insensibles	1.500		
Pertes totales	3.600	Entrées totales	1.000

Déficit hydrique : 2.600

J + 1 : dirigée sur le service du Docteur DEROT à l'Hôtel Dieu où elle reste 3 jours. La diurèse se rétablit spontanément

J + 5 : diurèse normale : 1.500 ml/24 h

bonne concentration uréïque avec urée à 30g o/oo

J + 9 : ablation du Micklicz.

J +17 : ablation du drain de Kehr, après 3 jours de déclampage intermittent et ablation des fils de paroi.
 escarres de décubitus.

Sort le 5.4.62

Etat général satisfaisant ; secures en voie de cicatrisation.
Orifice du kichulicz non encore complètement formé.

2e séjour : 15 juin 62 - forte éventration sur le drainage.

3e intervention le 25 juin 62 (Docteur HENRI-BLOCA):

"Dissection d'une grosse éventration. Libération des adhérences intra-sacculaires ; l'orifice est grand comme une petite paume de main et on arrive au ras du rebord costal. On arrive à faire une suture en 2 plans musculaires ; le premier plan est horizontal et les fils passés autour du rebord costal en haut, dans les muscles larges en bas. Les points tirent pas mal. Le deuxième plan est un plan de couverture avec le grand oblique et tire peu.

Relon. Nylon sur la peau."

Guérisson.

Observation 11 : hémopéritoine au 5e jour d'une ovariectomie droite pour kyste. Mme G.J. 22 ans.

Malade déjà opérée le 9.11.1957. : salpingectomie bilatérale pour pyosalpinx avec conservation ovarienne.

En octobre 1961, on découvre un kyste à l'ovaire droit.

Intervention le 5.10.1961 :

"Médiane. Quelques adhérences épiploïques mineures. Le kyste de l'ovaire droit est plus petit que prévu. Ablation de l'ovaire droit et de son kyste. L'ovaire gauche et l'utérus sont normaux.

Appendicectomie. Pas de Meckel

Perei sans drainage. Plastofil."

Dans les 12 heures qui suivent l'intervention, agitation importante avec douleurs abdominales.

De J + 1 à J + 5 : la température monte progressivement de 37° à 39°. Les douleurs abdominales persistent. Iléus paralytique.

J + 5 : N.F.S. d'urgence { GR : 2.200.000
GB : 14.700 (86% PN)

Radiographie de l'abdomen d'urgence en position debout et décubitus dorsal. La radiographie sans préparation montre la présence de quelques niveaux liquides en position debout. Pas d'image d'aérocolie

ou d'aéro-iléie.

On décide de réopérer d'urgence :

"Désunion de la médiane. 1 litre de sang et de coillots. Après nettoyage, on constate que rien ne saigne. Moignon appendiculaire et du méso-appendice sont normaux. Par contre, le pédicule utéro-ovarien n'est plus lié, la ligature a glissé. Bien qu'il ne saigne plus on le lie. Fermeture en un plan. Plastofil sans drainage après lavage au sérum chaud."

Traitement pendant 5 jours : didropénicilline.

La température tombe de 39° à 37° 5.

J' + 7 : douleur jambière : Troméxane 1 comprimé.

La paroi se désunit et mettre 6 semaines à cicatriser.

Observation 12 : hémorragie post-opératoire nécessitant 2 réinterventions au 8e jour, puis au 15e jour d'une appendicectomie difficile. Docteur MONOD-BROCA.

Madame TH... 38 ans, opérée le 24 juillet 1961 pour appendicite subaiguë. Appendicectomie difficile.

Suites opératoires fébriles (Pénicilline 2 millions - Streptomycine 1 g).

De J+ 1 à J + 5 : température entre 37° 3 et 38° 9.

Puis à J + 5, clocher fébrile à 40°. On substitue aux antibiotiques précédents la Rifomycine.

J + 8 : le chirurgien partant en vacances, son remplaçant devant cet état fébrile, décide de désunir la cicatrice. Il évacue un hématome intra-péritonéal.

Traitement : Colimycine : 3 millions ; Terramycine IM 400mg
La température, en 4 jours tombe à 37°. Mais dès le lendemain, elle remonte à 39° et restera en plateau à 39° pendant une dizaine de jours.

Il apparaît par ailleurs une masse iléo-lombaire qui paraît être un abcès rétro-caecal. C'est dans ces conditions que la malade est confiée au Docteur MONOD-BROCA.

J' + 11 : radiographie : nombreuses anses grêles dilatées aux parois épaissies avec quelques niveaux liquides en position

une anse iléale en arceau particulièrement dilatée est visible dans le flanc droit. Présence de gaz coliques, en particulier sur le caecum. Par ailleurs, il existe une opacité du flanc droit refoulant en dedans le caecum et légèrement l'angle droit. Le drain aboutit à la partie interne et inférieure de cette opacité.

J' + 13 : N.F.S. : GR 3.500.000
GB 10.000 dont PN 80 %

Un flacon de sang.

J' + 15 : 2e réintervention -Docteur MONOD-BROCA -

"Grande incision iléo-lombaire et évacuation d'un hématome à peine suppuré, 500gr, rétro-caecal. Drain. Fermeture au catgut."

Examen bactériologique du liquide retiré : entérocoque et colibacille, résistants à tous les antibiotiques, limites à la Colimycine.

N.F.S. : GR : 3.800.000
GB : 10.500

Un flacon de sang.

Dès lors les suites sont très simples sur le plan chirurgical.

Observation 13 : hémopéritoine réopéré au 9e jour d'une appendicectomie pour appendicite chronique (Docteur MONOD-BROCA)

Monsieur SC...R. 25 ans.

Le 15.10.62 (Docteur MONOD-BROCA) :

"Mac Burney. Appendicectomie au lin sans enfouissement. Appendice adhérent et paraissant malade. Pas d'adénolymphite. Pas de Meckel (celui-ci n'a pas été recherché extrêmement loin, car le méso était gras et la manipulation de l'intestin délicate)."

J + 1 : douleur assez vive avec ballonnement et fièvre qui monte progressivement. Pas de vomissement.

On porte le diagnostic d'hématome intra-péritonéal qui est confirmé par le sub-ictère très net, mais étant donné l'absence de réaction abdominale et péritonéale, il ne semble pas impérieux de réintervenir : GR 4.500.000 - GB 16.000.

Pénicilline et Streptomycine n'empêchent pas la fièvre d'osciller entre 38°5 et 39°5.

J + 6 : le soir, point de côté, sans aucun signe jambier qui paraît bien en relation avec une embolie pulmonaire. Malgré le diagnostic d'hémorragie intra-péritonéale localisée, on met le malade au Tromexane.

J + 9 : Réintervention.

Devant l'apparition d'un ictère franc, de fièvre élevée, le diagnostic d'hémorragie intrapéritonéale importante, on décide de réopérer d'urgence et d'arrêter immédiatement les anticoagulants.

"Désunion de la cicatrice. Aspiration d'une grande quantité de sang et de caillots, environ 1 litre. Rien de saigné. 2 mèches."

La température retombe aussitôt, mais pour remonter progressivement. Finalement, on arrête les antibiotiques, à ce moment la fièvre descend franchement et complètement.

J' + 8 : Ablation des mèches. Selles normales. Meilleur état général.

J' + 9 : Apparition d'une fistule stercorale iliaque droite.

J' + 15 : La fistule stercorale est pratiquement tarie.

L'état général est excellent.

Puis refait un clocher fébrile avec douleur à l'épaule et diaphragme immobile en scopie. On hésite à réopérer, mais d'une part la ponction ne ramène pas de pus, d'autre part le diagnostic d'abcès est douteux si bien que l'on renonce et qu'on met le malade aux antibiotiques.

J'+37 : Nouvelle ponction pleurale qui ne ramène pas de liquide.

D'ailleurs le point de côté disparaît, et la température se normalise rapidement.

17.12.62

Finalement c'est le Tromexane après arrêt des antibiotiques qui amène la defervescence complète à 36°8 - 37°2.

Une toute petite fistulette n'empêche pas le retour à domicile avec traitement anticoagulant.

Problèmes diagnostiques posés par les hémorragies post-opératoires.

Il est habituellement aisé de reconnaître l'hémorragie :

- soit parce qu'elle s'exteriorise
- soit surtout parce qu'il existe un grand tableau d'anémie aigüe post-opératoire immédiate.

Reconnaître l'hémorragie est plus difficile :

- lorsque l'hémorragie interne ne s'exteriorise pas,
- ou qu'elle survient tardivement (et l'on n'a pas alors toujours l'attention attirée vers un saignement possible).

L'hémorragie peut enfin prendre un masque trompeur :

- de complication infectieuse abdominale (abcès, péritonite)
- d'affection thoracique
- ou celui d'un collapsus dont la cause n'est pas toujours évidente.

Nous envisagerons successivement le diagnostic positif de ces différentes éventualités, puis le diagnostic différentiel.

Diagnostic positif

I - Habituellement il est facile de déceler précocement l'hémorragie post-opératoire.

- 2 fois l'hémorragie est extériorisée :

Obs. 4 : par rectorragie de sang rouge (la cause de l'hématémèse n'ayant pas été retrouvée lors de la première gastrotomie exploratrice).

Obs. 10 : sang s'écoulant par la lame de drainage après cholécystectomie avec cholédotomie.

- 6 fois sur 13, grand tableau d'anémie aigüe :

Obs. 1 : grand tableau d'anémie aigüe au 3e jour d'une intervention gynécologique. Rupture splénique imprévisible.

Obs. 2 : signes d'anémie aigüe au 5e jour d'une cure d'éventration avec énorme hématome de paroi, augmentant de quart d'heure en quart d'heure. Au 2e jour d'un traitement anticoagulant pour phlébite.

Obs. 3 : pâleur intense, accélération du pouls, pincement tensionnel avec point de côté thoracique, douleur de l'hypocondre droit, le

lendemain d'une gastrectomie pour hématomèse. Devant l'absence de signe physique thoracique, le caractère hémorragique de la première intervention signalé par le compte rendu opératoire, la numération (GR 3.500.000 , GB 20.400) malgré la rééquilibration sanguine correcte, on conclut à l'existence d'un saignement dans la loge sous hépatique, bien qu'une très faible quantité de sang seulement s'écoule le long de la lame.

Obs. 5 : Hémorragie cataclysmique cliniquement évidente au lendemain d'une appendicectomie.

Obs. 6 : Au lendemain d'une appendicectomie, douleur biscapulaire avec dyspnée, sans signe thoracique clinique ou radiologique, puis malade pâle, pouls rapide, tension pincée, vertiges, douleurs abdominales péri-ombilicales sans colique, douleur vive au toucher rectal, mais Douglas vide ; .F.S. : GR 4.200.000 , GB 29.800. La radiographie de l'abdomen évoque un épanchement. Dans cette observation, les signes d'hémorragie interne sont tous réunis.

Obs. 10 : déjà citée : collapsus avec sang s'écoulant par la lame sous hépatique le soir d'une cholécotomie.

II - Dans d'autres cas, l'hémorragie même si elle est soupçonnée n'est pas d'emblée évidente (3 fois sur 13).

Obs. 9 : Néphrectomie gauche pour volumineuse tumeur. Intervention hémorragique, mais hémorragie correctement compensée. Écoulement par le drain et la mèche, mais qui se tarit progressivement en une semaine.

Une phlébite apparue au 7e jour est traitée par une héparinothérapie manifestement trop importante (600 mg /jour). La persistance de l'anémie, un collapsus font penser certes à une hémorragie. Mais font discuter également une péritonite, une néphrite du rein restant, d'autant que le drainage de l'hypocondre gauche ne donne plus. La réintervention au 12e jour montre une rupture de la rate, aggravée probablement par les anticoagulants.

Obs. 11 : Dans la soirée qui suit une ovariectomie droite, agitation importante (qui est un bon signe d'hémorragie interne) avec douleurs abdominales.

La température monte à 39° en 5 jours.

Un iléus paralytique s'installe, confirmé par la radiographie.

H.F.S. au 5e jours : anémie aigüe à 2.200.000 GR, GB 14.700 dont 86 % de FN.

Il s'agit d'un lâchage du pédicule utéro-ovarien et non pas d'une péritonite.

Ceci montre que le lâchage d'un pédicule n'entraîne pas obligatoirement une hémorragie aigüe mais parfois très progressive, malgré la quantité importante de sang retrouvée (1 litre de sang et de caillots).

Obs. 13 : Ici, l'hémorragie est soupçonnée dès le premier jour d'une appendicectomie difficile sur l'existence de douleurs abdominales et de fièvre, mais l'absence d'anémie (GR 4.500.000 , GB 16.000) et l'absence de réaction péritonéale font surseoir à la réintervention. Au 6e jour : point de côté qui fait décider un traitement anticoagulant.

Au 3e jour de celui-ci, l'apparition d'un ictère franc, d'une fièvre élevée fait rectifier le diagnostic. On arrête les anticoagulants et on réintervient d'urgence (1 litre de sang et de caillots).

III - Le tableau clinique est parfois trompeur (3 fois sur 13).

Obs. 7 : Fièvre en plateau à 39° - 40° pendant 7 jours après appendicectomie pour appendicite aigüe.

Le 7e jour, tuméfaction hypogastrique évoquant un globe vésical (éliminé par un sondage). En outre, petite rectorragie avec vomissements mais pas d'arrêt du transit.

Radiographie de l'abdomen : rien à signaler.

H.F.S. : GR 2.800.000, GB 24.000.

On hésite entre un volumineux abcès abdomino-pelvien ou un Meckel. (le grêle à tort n'a pas été vérifié à la première intervention). En fait, là encore hémorragie interne constituée progressivement (750 cc de sang + caillots retirés à pleines poignées).

Une hémophilie, un moment soupçonnée, n'a pas reçu de confirmation biologique.

Obs. 8 : Cet hématome rétropéritonéal, réopéré au 67 e jour appartient à peine aux réinterventions d'urgence après chirurgie abdominale. Elle a le mérite de montrer le devenir d'une hémorragie négligée. L'hématome rétropéritonéal est reconnu cliniquement et lors de l'intervention initiale on ne fait pas l'hémostase de la loge rénale de propos délibéré, ainsi que le conseillent généralement les urologues. Il est en effet difficile de repérer le vaisseau qui saigne. L'évacuation des caillots péri-rénaux est toujours laborieuse. On peut être amené malgré soi à faire une néphrectomie de nécessité pour l'hémostase, alors que dans ces conditions d'urgence on n'a que peu de renseignements sur la valeur fonctionnelle du rein adelphe, voire de son existence !

Cette hémorragie laissée à elle-même s'est infectée et s'est ouverte à la peau en 2 mois.

On peut regretter à postériori de ne pas avoir drainé la loge rénale plus tôt.

Obs. 12 : Voilà un exemple des inconvénients de la surveillance d'une appendicectomie difficile confiée, en période de vacances, successivement à trois chirurgiens.

Suites fébriles pendant une semaine.

Le chirurgien part en vacances ; son remplaçant, au 8e jour, débride la plaie et tombe sur un hématome de la loge appendiculaire qu'il évacue.

Au 4e jour de la réintervention, remontée brusque de la température à 40°. Masse iléo-lombaire : on pense à un abcès rétro-caecal. La radiographie semble confirmer cette hypothèse en montrant un refoulement en dedans du caecum et de nombreuses anses dilatées.

Réintervention au 15e jour par un troisième chirurgien, qui évacue 500 cc de sang situé dans la loge rétro-caecale.

Ainsi se dessinent deux grands tableaux :

- celui de la grande anémie aigüe qui apparait certes souvent dans les 24 premières heures, mais également tardivement, 7 fois sur 13 (3e, 5e, 6e, 7e, 8e, 9e, 12e jour).

- celui de l'hémorragie progressive plus ou moins enlystée qui évolue volontiers en climat fébrile. (5 fois sur 13) qui souvent fait penser à tort à une complication infectieuse.

D'autres signes sont fréquents et ne doivent pas égarer :

- l'anurie, conséquence de collapsus (absence de diurèse dès que la maxime descend en dessous de 7)
- le point de côté, lié à l'irritation péritonéale par l'épanchement sanguin de la grande cavité ou à l'accumulation de caillots dans la loge sous hépatique (3 fois sur 13).

Valeur dans ces cas de la recherche de l'extériorisation de l'hémorragie :

- par l'anus
- par le drainage
- par l'aspiration

Valeur de l'absence de signes périphériques ou thoraciques faisant craindre une embolie pulmonaire.

On peut dans ces conditions s'aider d'examens complémentaires à condition qu'ils puissent être exécutés d'extrême urgence.

Radiographie de l'abdomen sans préparation, qui une fois (obs. 6) a montré des signes nets d'hémopéritoine, décrit par G.Cl. SIMON et Madame METALIE-SIMON : grisaille diffuse, souvent plus nette au niveau du pelvis ou plus rarement grand niveau liquide intrapéritonéal.

On note plus souvent l'existence de quelques signes hydro-aériques, parfois le refoulement du colon par un épanchement (obs. 12).

Le cliché thoracique et l'E.C.G. éliminent une complication cardio-pulmonaire.

Il faut noter la valeur considérable de la numération ou de l'hématocrite d'urgence : faits 8 fois sur 13.

- 2 fois le chiffre des GR est normal : 4.200.000 et 4.500.000. Dans les deux cas il s'agit d'adultes jeunes (23 et 25 ans)
- 3 fois les GR sont entre 3 millions et 3 millions et demi, alors que l'épanchement est de 1.500 cc, 3.000 cc, 500 cc.

- 3 fois les GR sont inférieurs à 3 millions (2.500.000 - 2.8000.000 - 2.200.000). L'épanchement une fois n'est pas note ; dans les 2 autres cas, il est supérieur à 2.000 cc et 1.000 cc + volumineux caillots.

Il n'y a donc pas de parallélisme entre le degré de l'anémie et l'importance de l'épanchement. Ceci dépend de la rapidité de constitution de l'épanchement, de l'importance de l'épanchement et de l'âge du sujet. L'adulte jeune étant le plus résistant.

Beaucoup plus intéressante est la leucocytose recherchée 6 fois sur 13 ; elle est toujours élevée même lorsque les GR sont normaux (20.400 - 29.800 - 24.000 - 14.700 - 10.200 - 16.000). C'est une notion classique, qu'il n'est pas inutile de répéter : l'élévation du taux des globules blancs précède la chute des globules rouges. C'est le signe biologique le plus précoce de l'hémorragie. Il y a longtemps que le Professeur MONDOR l'avait souligné.

Mais l'argument essentiel en faveur de l'hémorragie post-opératoire reste l'instabilité du pouls et de la tension ou une chute tensionnelle lorsqu'on diminue ou arrête la perfusion de sang, celle-ci étant faite sous surveillance permanente du pouls et de la tension. La décision de réopérer ne doit pas être différée. Elle doit être prise immédiatement.

On est souvent aidé dans cette difficile décision à réintervenir d'urgence par le compte rendu opératoire de la première intervention et de menus détails jugés trop insipides pour être mentionnés, qui prennent toute leur valeur devant des suites troublées.

Ceci est particulièrement vrai pour les appendicectomies faites à travers des "boutonnieres" (Professeur GARMAN) qui nécessitent des manœuvres d'extériorisation, traumatisantes parfois, et empêchent toute vérification correcte de l'hémostase. Ces minuscules voies d'abord doivent être formellement prohibées.

L'hémorragie post-opératoire est donc susceptible de poser de multiples problèmes de diagnostic différentiel que nous envisagerons maintenant.

Diagnostic différentiel

Nous envisagerons successivement :

- le diagnostic différentiel de la grande hémorragie aigüe
- puis celui de l'hémorragie moins cataclysmique mais persistante.

I - Diagnostic de la grande hémorragie aigüe

On ne peut compter sur l'extériorisation de l'hémorragie qui rend le diagnostic évident lorsqu'elle existe.

Le drain ou la sonde d'aspiration gastrique peuvent être bouchés par des caillots (éventualité fréquente) ; l'hématémèse est inconstante et le méloena a retardement. L'hématome rétro-péritonéal peut tuer avant d'être palpable.

Pierre SUI RE a bien étudié ce choc des épanchements rétro-péritonéaux et a constaté un parallélisme entre l'intensité du choc et l'importance de l'hématome.

Il se traduit en clinique par une brutale élévation thermique, déjà nettement esquissée le soir de l'intervention ; le lendemain à 40° - 41° , accompagnée d'un collapsus cardio-vasculaire très souvent mortel ; elle est le témoin d'un dérèglement primitif des centres neuro-végétatifs diencephaliques, c'est le choc du lendemain en hyperthermie.

Il s'agit donc de poser l'indication de la réintervention avec un minimum de signes "d'appoint".

L'insuffisance surrénalienne :

Si l'on a omis d'interroger le malade sur un traitement par les corticoïdes. Collapsus par sevrage, mais aussi lorsque le traitement est arrêté depuis quelques semaines ou mois.

Bien que beaucoup plus rarement cette insuffisance surrénalienne survient chez un ancien tuberculeux.

lors de métastases surrénaliennes d'un néoplasme viscéral ou mammaire (Dargent).

ou hémorragie au niveau des 2 surrénales au cours d'un traitement par les anticoagulants (Domart).

D'où l'intérêt de faire des corticoïdes d'urgence, si un doute plane sur une insuffisance surrénalienne.

L'infarctus du myocarde :

Il tient la première place, mais on pêche plutôt par excès. Il faut y penser devant un collapsus isolé chez un homme de la cinquantaine, surtout s'il existe des antécédents coronariens ; valeur de l'E.C.G. d'urgence. Cependant il faut noter qu'au cours de l'hémorragie aigüe, il existe une ischémie coronarienne fonctionnelle lorsque le débit cardiaque s'effondre ou par anoxie anoxémique. A l'E.C.G. les altérations ischémiques s'observent dans toutes les dérivations lorsqu'elles sont la conséquence et non la cause du collapsus.

On peut penser que beaucoup d'hémorragies internes ont été baptisées : "infarctus du myocarde" ! et aujourd'hui l'erreur est catastrophique (traitement par les anticoagulants).

On rapproche de l'infarctus du myocarde la thrombose cardiaque, qui se verrait surtout après perfusion de corticoïdes.

L'embolie pulmonaire

Nous semble le diagnostic le plus souvent angoissant. Le point de côté, la fièvre et la dyspnée se vient aussi bien dans l'embolie pulmonaire que dans l'hémorragie
la péritonite
ou l'abcès sous phrénique.

On ne peut compter sur les antécédents phlébitiques, ni sur les signes de thrombose périphérique qui sont loin d'être constants.

De plus grande valeur semble être l'angoisse qui inaugure la migration embolique (encore qu'elle ne soit pas spécifique) à laquelle s'associent souvent sueurs froides et cyanose.

La radiographie pulmonaire, l'E.C.G. d'urgence, l'étude critique de l'intervention aideront au diagnostic.

Mais méconnaître une complication abdominale est si grave, instituer à tort un traitement anticoagulant est si fâcheux lorsqu'il s'agit d'une hémorragie, que nous pensons que si un cardiologue expérimenté, appelé d'urgence, ne trouve pas de signe probant d'embolie pulmonaire, il faut à tout prix rechercher dans le foyer opératoire la raison de ce tableau alarmant et au moindre doute vérifier d'urgence la cavité abdominale (obs. 13).

La pancréatite aiguë hémorragique

Semble de diagnostic moins difficile. Elle est secondaire généralement à une intervention sur l'étage sus mésentérique. Une amylasémie et une amylasurie d'urgence peuvent confirmer le diagnostic. De même, l'efficacité du traitement par les antitrypsiques.

La péritonite suraiguë post-opératoire

Peut paraître un diagnostic bien théorique, nous en avons observé 2 cas :

- l'une 24 heures après une appendicectomie pour appendicite aiguë (obs. 25) que nous reverrons au chapitre des péritonites généralisées)
- l'autre 12 heures après un curetage pour une fausse couche provoquée chez une jeune femme de 21 ans.

Le curetage avait eu lieu le matin et s'était passé normalement (les débris retirés ne semblaient pas spécialement septiques, la malade avait été mise à un traitement antibiotique standard: Pénicilline 1 million et Streptomycine 1 gramme et avait reçu une injection de sérum antitétanique).

Vers 19 heures, malaise intense, pâleur extrême, teint gris cendré, collapsus complet, ni pouls ni tension. La tension ne se relève pas au dessus de 8 malgré 3 flacons de sang.

La température est à 39° ; une hémoculture est pratiquée immédiatement. La numération montre 3.200.000 GR , 24.000 GB.

A 22 heure, la malade est très pâle, agitée, très angoissée, elle a les yeux cernés. L'abdomen est parfaitement souple, le Douglas douloureux au toucher rectal. Le sondage ne ramène pas d'urine, malgré les perfusions de Lévo-phed (1 ampoule), l'hydrocortisone (200 mg), et le sang (500 cc) la tension ne remonte pas au dessus de 9, le pouls est misérable.

On pense certes à un état très infectieux, mais on ne peut éliminer une complication chirurgicale. Donc on réintervient à minuit :

L'abdomen est normal ; pas d'hémorragie interne, pas de perforation utérine, pas d'infarcissement utéro-annexiel ; il existe 15 cc de pus dans le Douglas, dont on ne peut préciser l'origine et un léger piqueté hémorragique sur le mésentère.

A la fin de l'intervention, cyanose, encombrement pulmonaire qui

nécessitent une trachéotomie d'urgence.

Et l'on dirige la malade sur le centre de réanimation de l'hôpital Claude Bernard où la malade meurt le lendemain après 3 arrêts cardiaques.

Les cultures ont montré par la suite qu'il s'agissait d'une septicémie suraiguë à germes gram négatifs contre laquelle la pénicilline-streptomycine étaient totalement inactifs.

Contre l'hémorragie plaidaient :

le teint grisâtre,
l'adynamie mêlée d'agitation,
la discrétion de l'anémie
et surtout la non action des transfusions rapides isogroupes

Le traitement souhaitable eut été vraisemblablement :

streptomycine intraveineuse;
cortisone à hautes doses (plusieurs centaines de milligrammes)
et perfusions de lévophed, non pas à raison d'une ampoule par flacon, mais de 4 à 6 ampoules jusqu'à ce que la tension se normalise autour de 10. L'anurie par collapsus persistant plus de 12 heures à elle seule est source de néphrite anurique gravissime et l'anesthésie est très toxique chez ces malades.

La dilatation gastro-duodénale

Est rare aujourd'hui, où une aspiration gastro-duodénale est facilement mise en place. A la moindre hésitation, la radiographie léverait le doute.

La fièvre de réhydratation

N'est pas toujours facile à éliminer. Non pas celle qui est due à une erreur manifeste :

- transfusion insuffisante
- compresses non pesées ou erreur d'addition (ce qui s'est vu)
- erreur d'appréciation des pertes insensibles.

En voici un exemple :

Obs. 36. Madame M... 73 ans, entre le 23 janvier 1961 en clinique pour rétrécissement recto-sigmoïdien, avec à la radiographie, un rétrécissement régulier à la charnière recto-sigmoïdienne et diverticules ; au toucher rectal, une grosse masse dans le Douglas. Une ampoule rectale normale.

Antécédents cardio-vasculaires normaux.

Le 30.1.1961, intervention par les Docteurs MONOD-BROCA et TESTAS.

"Médecine prolongée en Barray à gauche.

Pas de métastase hépatique. Pas d'ascite.

Adénopathie mésentérique inférieure qui paraît inflammatoire.

Grosse tumeur du Douglas adhérent à la vessie.

Opération de Reybard qui se déroule suivant les temps suivants :

- section de la mésentérique supérieure à l'origine
- ouverture de l'espace rétro-rectal. On passe très facilement
- dissection des 2 uretères. On tombe sur un tissu inflammatoire surtout à gauche.

On arrive néanmoins à cliver sans dommage les 2 uretères du rectum. Les vraies difficultés sont en avant et il faut laisser sur la vessie une zone indurée, cartonnée, qui ne paraît cependant pas à coup sûr cancéreuse.

- Section du rectum et du sigmoïde.

- Abaissement de l'angle gauche et anastomose en un plan au fond du bassin. Le colon abaissé est bien rose, ses artères battent et on ne manque pas d'étoffe. Péritonisation satisfaisante sur 2 drains de Redon (1 pelvien, 1 lombaire).

Il a fallu vidanger pendant l'opération le colon qui présentait une grosse rétention de matières en amont de l'obstacle.

Paroi en étages, plastofil. Pénicilline 2 millions. Streptomycine 1 gramme."

J + 0

Réanimation SGI 1.500	urines	120
	aspiration	350
	pertes insensibles	1.500
	Total	1.970
Bilan cumulatif perte - 470		

J + 1

Entrées	Pertes	
1 sang	urines	1250
2 l SGI + 4 cc à 10 %	aspiration	100
+ 10 cc à 10 %	pertes insensibles	1.000
+ 1 ampoule de Ca	Total	2.350
boissons: 200		

Bilan cumulatif + 250

J + 3 : ablation du Redon. Il ne donnait rien, mais derrière le drain pelvien sort un liquide s'aspect sanglant, d'odeur stercorale. Le même jour, une selle d'odeur identique est émise.

Le lendemain, un peu de vomissements, mais pas de ballonnement et émission de quelques gaz.

<u>Entrées</u>		<u>Sorties</u>	
SGI	1000 + 8g ClNa + 1g K Cl	urines	300
Boissons	300	aspiration	100
		pertes insensibles	1000

Bilan cumulatif - 100

J + 4

<u>Entrées</u>		<u>Sorties</u>	
sang	1 flacon	urines	300
SGI	3 l	aspiration	50
ClNa	14 g	pertes insensibles	1500
ClK	2 g	autres pertes	100
gluconate de Cal			
Vitamines			
boissons	500		
Total	4.000	Total	1950

Bilan cumulatif + 2050

J + 5 : frissons dans la nuit et au matin le teint est jaune avec un certain état de collapsus qui s'accroît dans la matinée.

La diurèse des 12 dernières heures est presque nulle, malgré le sérum glucosé (3 litres).

On a l'impression d'une septicémie à point de départ pelvien, probablement par lâchage de l'anastomose. On fait de la Cortisone (200 mg) dans l'après-midi pour maintenir la tension artérielle et du Lévo-phed (30 cc) une fois l'intervention décidée.

Réintervention : Docteur MONOD-BROCA

- 1) Dilatation anale. L'anastomose non visible ne paraît pas désunie.
- 2) Réouverture de l'incision abdominale. Le colon abaissé est de coloration parfaitement normale. La péritonisation pelvienne n'est pas touchée et l'anastomose non vue. Mais on trouve à la partie haute de la péritonisation juxta-aortique une déchirure par où s'écoule ce même liquide nauséabond. On décide de faire alors un drainage et on met un tube de Penrose par une contre-incision lombaire derrière le colon. Ensuite, par une contre incision ischi-rectale, on retrouve le décollement rétro-rectal, présacré et avec un gros clamp courbe, on ramène le drain de Penrose à la fesse. Ensuite on place une lame de caoutchouc lombaire à côté du Penrose.
- 3) Avant ce drainage, on a établi avec des instruments encore

propres un anus transverse sous-angulo-colique droit sur baguette.

4) Iléostomie de vidange. Les premières anses grêles sont modérément dilatées et commencent à coller là où la péritonite commençait. Fermeture en 3 plans.

Opération bien supportée. La Cortisone est continuée dans la nuit, mais on peut la diminuer au matin et la cesser après 36 heures.

Antibiothérapie massive:

- colimycine 4 millions
- terramycine IV
- chloramphénicol
- pénicilline et streptomycine

La diurèse s'est rétablie aussitôt après l'opération et les frissons ont disparu.

J' + 2 : ouverture de l'anus.

J' + 3 : arrêt de la réanimation.

Le lavement par voie rectale permet de constater la fuite anastomotique puisqu'il revient par voie lombaire.

J' + 8 : Etat d'asthénie, d'inappétence, de déshydratation avec période d'agitation et de confusion. D'où réhydratation avec rechloruration.

J' + 10 : Consultation avec le Docteur LEGRAIN qui pense que la rechloruration massive est suffisante, et qu'en donnant d'abord du sérum puis du sang les jours suivants, tout va s'arranger; mais l'existence d'une paralysie faciale gauche avec signe de Babinski lui fait émettre des réserves.

La réhydratation n'entraîne aucune amélioration, la température monte. On reprend les antibiotiques.

J' + 13 : La tension artérielle se met à rebaisser, force est de reprendre la cortisone ; et on décide finalement une réanimation plus massive : 7 litres de liquides par 24 heures dont

2 plasmas
3 sangs
1 culot urinaire.

J' + 14 : 2 sangs.

Enorme diarrhée (4 litres de liquides)

Et finalement dans la nuit de J' + 14 à J' + 15 : transpiration considérable, la fièvre tombe de 40° à 34°9, en même temps que le malade sort de sa torpeur et paraît guérie. La paralysie faciale a disparu.

J' + 16 : La tension artérielle remonte à 15 et s'y maintient.

J' + 17 : ablation des fils.

J' + 18 : débâcle urinaire de 2 litres

Sortie le 25 mars avec abcès de paroi en formation.

Des fautes de réhydratation on peut rapprocher le délirium tremens.

Enfin, l'hémorragie est à différencier d'un

Infarctus du mésentère

Philippe DETRIE, cite le cas d'une appendicectomie pour appendicite gangréneuse avec réintervention au 7e jour avec faux diagnostic d'hémorragie intra-péritonéale ; il s'agissait d'un infarctus total du mésentère ; les anticoagulants amenèrent la guérison.

II - Diagnostic différentiel de l'hémorragie moins manifeste mais persistante.

non pas l'hémorragie digestive, car elle s'exteriorise et éclaire ; non pas rétro-péritonéale, car elle dessine habituellement une déformation décelable de la paroi ;

mais intra-péritonéale : hématome parfois important de la région opératoire, provoqué ou entretenu par un phénomène de fibrinolyse locale, ne donnant pas les signes aigus cataclysmiques de la ligature qui lâche mais plutôt ceux d'une hématocele ; avec selon les cas, hématome de la loge splénique
du lit vésiculaire
de la fosse iliaque
du pelvis ...

et on peut retrouver à la réintervention du sang pur, sans suppuration jusqu'à 8 - 12 jours après l'opération (obs. 7 et 8).

Le diagnostic est particulièrement difficile, malgré l'importance finale de l'hémorragie (1,5 l - 2 l).

Selon la nature de l'intervention première on peut discuter :

- une péritonite
- un abcès de paroi profond non exteriorisé
- un abcès sous-phrénique
- un abcès rétropéritonéal (obs. 8).

Mais le diagnostic le plus embarrassant est celui de l'embolie pulmonaire. La syncope au lever, le point de côté après une opération

simple et sans incident fait en général envisager une embolie pulmonaire et parfois entreprendre un traitement anticoagulant (sans présomption suffisante d'embolie) qui va considérablement aggraver l'hémorragie (obs 13).

L'hémorragie reconnue reste l'appréciation de la quantité de sang perdu.

L'appréciation clinique est difficile, car le sang est mêlé à d'autres liquides, et l'hémorragie n'est pas toujours extériorisée.

Si le choc hémorragique est pur, il existe un parallélisme constant entre la chute tensionnelle et l'importance de la déperdition sanguine. Une baisse de la tension artérielle maxima à 8 équivaut à une spoliation de $\frac{1}{3}$ de la masse sanguine, soit 1.500 ml chez un adulte ; mais ce qui compte, c'est la proportion de la masse globulaire perdue par rapport à la masse totale.

L'appréciation biologique est aussi difficile.

La masse sanguine est en pratique impossible à déterminer dans les conditions imposées par l'urgence. Force est donc de se contenter de la numération globulaire et d'étudier par l'hématocrite le rapport du volume globulaire sur le volume plasmatique.

Le déficit porte surtout sur le volume globulaire, le volume plasmatique restant souvent égal aux valeurs précédant l'intervention parfois supérieur, en admettant que lors de la première intervention, le sang perdu ait été remplacé au fur et à mesure (pesée des compresses).

Pour STANTON, une chute de 5 % de l'hématocrite correspond à un déficit globulaire de 500 cc.

Mais au début de l'hémorragie, s'il y a un déficit important du volume sanguin avec hémococoncentration, l'hématocrite peut demeurer inchangé malgré la chute du volume globulaire.

Inversement en cas d'hémodilution par compensation plasmatique rapide, la baisse des valeurs de l'hématocrite sera proportionnellement beaucoup plus importante que la baisse du volume globulaire.

Il faudra donc tenir compte de la clinique et de la quantité de sang nécessaire pour relever la tension artérielle, ralentir le

pouls, recolorer le visage, normaliser la numération et l'hématocrite.

Enfin, il faut s'assurer de l'intégrité qualitative de la crase sanguine, et selon les cas vérifier :

le groupe sanguin, voir son sous-groupe
le temps de coagulation et le temps de saignement
le taux de prothrombine
voire une étude plus approfondie des facteurs intervenant dans la formation du caillot (obs. 2).

Les problèmes thérapeutiques sont triples :

- 1) remplacer le sang perdu
- 2) apprécier si l'hémorragie est curable médicalement ou chirurgicalement.
- 3) choisir une tactique adaptée.

- 1) Remplacer le sang perdu.

Il est souvent nécessaire de dénuder, et de piquer 2 veines (intérêt de l'appareil de Jouvelot).

Il faut remplacer par du sang isogroupe, à un rythme rapide, soit 15 minutes pour les 500 premiers cc, 30 minutes pour les 1000 premiers cc ; le débit est immédiatement ralenti dès que la tension artérielle maxima = 9 ou 10. Il ne faut pas craindre qu'une transfusion de ce type soit à l'origine d'une reprise de l'hémorragie. "Il a été démontré cliniquement et expérimentalement à maintes reprises que le caillot hémostatique d'une plaie vasculaire n'est pas spécialement délogé à la faveur d'un relèvement de la tension artérielle par une transfusion abondante et accélérée" (Pr GERMAIN). Le danger de surcharge circulatoire est cependant à craindre chez un vieillard ou un cardiaque. Il y a plus de morts cependant par sous compensation que par excès.

- 2) Apprécier si l'hémorragie est curable médicalement ou chirurgicalement.

Dans tous nos cas, l'indication opératoire était manifeste, mais il est des cas où l'indication n'est pas aussi simple. Par exemple, certaines hémorragies intragastriques post-opératoires laissent perplexe. (hémostase des vaisseaux de la tranche gastrique mal faite, gastrite associée méconnue, irritation au contact de la

sonde, sang dégluti après traumatisme des voies respiratoires supérieures lors de l'intubation). Il faut rappeler ici l'intérêt de l'aspiration duodénale, voire du vieux lavage gastrique qui réalise un véritable décaillotage (comme les lavages de vessie après adénomectomie). De plus, RAYMOND de Grenoble insiste sur l'intérêt d'aspirer la bile qui a une action fibrinolytique.

Quoi qu'il en soit, l'hésitation, si elle existe, ne doit durer que quelques heures au maximum. Si sous l'influence des transfusions, de l'aspiration, l'état général, le pouls, et la tension se normalisent, il faut poursuivre la temporisation. Mais, si le pouls, la tension artérielle et la numération restent perturbées, ou sont instables, il faut réintervenir sans délai.

Il est des cas, beaucoup plus rares, où la cause du saignement est médicale et où la réintervention serait vraisemblablement catastrophique. Deux observations citées par BLOCH-LAROCQUE dans les Cahiers d'Anesthésiologie (tome 3 - N° 2 - septembre 1955) illustrent cette notion. Nous les citons intégralement :

Obs. 1 :

Une femme de 60 ans, hospitalisée en clinique pour ictère par rétention due à une cholécystite calculeuse évoluant depuis 3 mois.

On avait omis de faire un dosage de prothrombine.

Pas de Synkavit avant l'intervention.

La malade est opérée à midi ; ablation de calculs cholédociens, drainage par drain de Kehr.

Le soir, hémorragie digestive très abondante, s'exteriorise (méloena et hématomèse) prenant vite un caractère dramatique.

Un dosage d'urgence de la prothrombine = taux à 15 %.

Transfusion abondante de sang : 2 litres + doses importantes de synkavit.

L'état du malade est transformé et l'hémorragie s'arrête définitivement.

Une réintervention dans ce cas aurait été catastrophique.

Obs. 2 :

Un malade d'hôpital, opéré depuis quelques jours d'une colectomie pour néoplasme.

AU 7e jour, début de phlébite. Traitement anticoagulant par héparine et tromexane. Deux jours après, hémorragie digestive importante. On accuse les anticoagulants que l'on arrête en remplaçant le sang perdu. Mais le méloena persiste et un examen plus approfondi montre le début d'un syndrome agranulocytaire avec 20.000 plaquettes. Le malade ne prenait plus à ce moment que du ganidon, qui était à l'origine de cette thrombopénie. Arrêt des médicaments et quelques transfusions ont guéri le malade.

La connaissance de ces rares hémorragies curables médicalement ne doit pas faire oublier que l'existence d'une hémorragie post-opératoire doit avant tout faire penser à un défaut d'hémostase et impose la vérification du champ opératoire.

L'intervention décidée, comment la réaliser ?

- 3) Tactique opératoire.

Ces malades sont choqués et par conséquent d'autant plus fragiles que par suite de l'urgence on peut être amené à les réopérer avec des constantes anormales.

L'anesthésie est dangereuse. Il faut craindre les syncopes à l'intubation et à la déttubation. On ne doit réopérer qu'avec un anesthésiste expérimenté qui ne "rate" pas l'intubation, oxygène correctement son malade en compense exactement la perte sanguine en sang isogroupe (ce qui suppose qu'il ait prévu une réserve de sang suffisante).

La voie d'abord doit être très large.

Si la voie d'abord initiale est médiane, reprendre la même voie ; si au contraire il s'agit d'une voie latérale, en particulier Mac-Burney, le plus souvent il faut recourir à la médiane.

La non-observance de cette règle a compliqué la réintervention dans 2 cas sur 5 après appendicectomie.

Obs. 5 : hématome du Douglas résiduel non évacué car abord trop minime.

Obs. 12 : hématome rétropéritonéal méconnu lors de la réintervention, nécessitant une seconde réintervention.

Passer par médiane au lendemain d'une intervention par Mac Burney a, nous le reconnaissons, également des inconvénients : risque

de désunion cutanée (obs. 6). Mais ce risque est moindre que celui induit par une incision insuffisante.

Trouver l'origine du saignement

7 fois sur 13, l'origine du saignement est nettement retrouvée :

- 2 ruptures de rate
- 1 hémorragie intragastrique persistante par un traitement initial mal adapté.
- 2 vaisseaux caecaux postérieur saignant en jet
- 1 lâchage de moignon appendiculaire
- 1 lâchage de pédicule utéro-ovarien.

5 fois, on retrouve du sang et des caillots dont on ne peut préciser l'origine, mais toujours la simple évacuation de ceux-ci a suffi à tarir l'hémorragie, comme si la présence de sang et de caillots favorisait la continuation du processus hémorragique.

Il faut donc lier le ou les vaisseaux qui saignent

pratiquer une toilette péritonéale complète sans oublier le pelvis et les coupes diaphragmatiques.

Problèmes du drainage. Préférer les lames et drains de caoutchouc aux mèches (risques de fistule digestive).

Suites opératoires

L'intervention a toujours été salvatrice. La mortalité nulle ; la morbidité par contre est élevée (5 cas sur 13).

Obs. 2 - évacuation d'un grave hématome de paroi : éventration.

Obs. 6 - péritonite plastique liée à un hématome du Douglas méconnu, suivi d'éventration.

Obs.10 - anurie transitoire transfusionnelle par erreur de flacon : éventration et escarres.

Obs.11 - phlébite et retard de cicatrisation de paroi.

Obs.13 - fistule stercorale avec guérison spontanée. Embolie pulmonaire.

Sur ces 5 complications de la réintervention, 3 ont nécessité une réintervention précoce.

A ces complications de la réintervention, il faut ajouter les laparotomies itératives par traitement initial inadapté.

Obs. - gastrotomie itérative.

Obs.12 - hémorragie intra et rétropéritonéale après appendicectomie.

Traitement prophylactique

L'hémostase lors de la première intervention doit être parfaite :

- 7 fois sur 13, le défaut d'hémostase est manifeste
- 2 fois un traitement anticoagulant mal adapté est responsable
- 1 fois l'intervention initiale n'a pas retrouvé la cause de l'hémorragie par mauvaise exposition du champ opératoire.
- 3 fois la cause de l'hémorragie est restée sans explication, sans qu'on puisse toutefois éliminer formellement une faute d'hémostase.
- 10 fois sur 13, l'erreur est donc manifeste ou probable.

Lorsqu'on n'est pas satisfait de l'hémostase, c'est une erreur de compter sur le drainage pour éviter l'hémorragie interne post-opératoire. Les caillots ne peuvent en aucun cas s'évacuer spontanément (ils représentent en général la moitié de l'épanchement sanguin).

En conclusion,

Le diagnostic n'est pas aussi simple qu'on le croit généralement, puisque 5 fois seulement la réintervention a eu lieu dans les 24 premières heures. Il faut donc savoir penser à l'hémorragie au-delà du premier septennaire.

Le traitement est simple à condition d'avoir une bonne voie d'abord.

Comme les suites sont souvent compliquées, ceci renforce l'énorme valeur d'une hémostase correcte lors de toute intervention abdominale ; dans les 3/4 des cas, elle eut permis d'éviter à coup sûr la réintervention.

La mortalité opératoire devrait être nulle si l'indication de la réintervention était posée à temps.

CHAPITRE II

LES OCCLUSIONS POST-OPERATOIRES

L'éventualité d'une occlusion post-opératoire (O.P.O.) est fréquente. Elle est de l'ordre de 10 à 30 % des opérés. L'O.P.O. a suscité de nombreux travaux. Récemment, YOVANNOVITCH a relaté une étude statistique sur 105 observations personnelles.

Le Professeur GERMAIN dans le mémoire du Docteur DIANE, sur 82 réinterventions (en excluant les réinterventions itératives), a trouvé :

6 occlusions mécaniques pures (7,3%)

3 péritonites plastiques adhésives avec abcès multiples, et occlusion mixte inflammatoire et mécanique (3,2%)

L'ensemble des occlusions représentent donc 10,5% des complications post-opératoires.

Définitions :

Lors du débat du Congrès Français de Chirurgie en 1962, les discussions thérapeutiques ont été entravées par l'absence d'unanimité concernant les définitions des différents types d'occlusions que l'on peut rencontrer. Si les occlusions mécaniques pures ne prêtent pas à discussion : obstacle localisé avec intestin distendu en amont et plat en aval (volvulus sur bride, ou par incarceration d'anse à travers une brèche mésocolique, ou obstruction par sténose d'une anastomose digestive), les occlusions "mixtes", avec agglutination d'anses au contact de foyers inflammatoires plus ou moins nets sont beaucoup plus difficiles à classer.

Il est souvent difficile d'affirmer qui prédomine de la péritonite ou de l'obstacle mécanique. Si bien qu'à la suite de notre maître GERMAIN, nous appelons ces occlusions péritonites plastiques adhésives avec occlusion mixte inflammatoire et mécanique.

Le différence fondamentale de ce type d'occlusion avec l'occlusion mécanique, c'est la diffusion des lésions intestinales et péritonéales, impliquant des difficultés opératoires extrêmement

variables, mais souvent importantes : risque d'effraction dans la lumière intestinales, lors de la libération des anses agglutinées pouvant contraindre à des gestes chirurgicaux majeurs (résection subtotalé du grêle).

Reste les occlusions dites fonctionnelles, qu'ISELIN, dans la thèse de RECHT, nomme dysdynamiques. Le fonctionnement intestinal peut être sidéré : iléus paralytique, ou plus rarement l'intestin pourrait se spasmer : iléus dynamique (bien difficile à identifier en pratique).

La difficulté est de savoir sur le plan thérapeutique si ces iléus sont guérissables médicalement ou spontanément, ou s'ils nécessitent une vidange par entérotomie.

Devant une O.P.O. une triple interrogation se pose au chirurgien. Est-ce que cette occlusion oblige impérativement à la réintervention ? Est-ce que cette occlusion doit être traitée médicalement ? Est-ce qu'il y a danger à trop poursuivre un traitement médical qui ne semble pas efficace ?

Matériel d'étude : 14 cas :

- 8 après appendicectomie
- 3 après chirurgie colorectale
- 1 après entérectomie au cours d'une hernie crurale étranglée
- 1 après chirurgie biliaire
- 1 après réintégration d'anse au cours de la cure d'un volvulus

qui se répartissent en :

- 6 occlusions mécaniques pures
- 6 péritonites plastiques adhésives dont 4 avec abcès ou état inflammatoire aigu
- 2 iléus paralytiques.
- 6 occlusions mécaniques pures
 - 2 volvulus du grêle après appendicectomie
 - 1 volvulus du caecum après cholécystectomie + cholédocotomie
 - 1 volvulus du grêle après hémicolectomie droite pour cancer
 - 1 coudure du grêle sur drain après colectomie gauche pour cancer
 - 1 obstruction d'une anse après détorsion d'un volvulus du grêle.

- 6 péritonites plastiques adhésives

2 péritonites plastiques adhésives sans abcés

1'une après cure de volvulus sigmoïde

1'autre après appendicectomie

4 péritonites plastiques avec abcés ou état inflammatoires aigu

3 après appendicectomie

1 telcome du colon droit après appendicite.

- 2 iléus paralytiques

1'un après amputation du rectum

1'autre après entérectomie.

Sur ces 14 cas, 3 n'ont pas été réopérés

volvulus du grêle après hémicolectomie droite : décès

péritonite plastique avec abcés après appendicite : décès

iléus paralytique après entérectomie : guérison

Parmi les occlusion réopérées, le volvulus caecal réopéré trop tard est décédé.

Donc 3 décès sur 13 cas, 2 par non réintervention, un par intervention trop tardive. Ce qui souligne la gravité des occlusions post-opératoires et justifie cette étude.

Nous envisagerons successivement le diagnostic
des occlusions mécaniques pures
des péritonites plastiques adhésives avec ou sans abcés
des iléus paralytiques.

Puis nous esquisserons le traitement des O.P.C.

Observation 14. Madame R.... 74 ans

Opérée par le Docteur MONOD-BROCA le 27 juin 1960, pour ictère progressif indolore et fébrile apparu depuis un mois avec masse probablement hépatique perçue dans la fosse iliaque droite.

Dans les antécédents : hystérectomie et appendicectomie
emphysème

Examens pré-opératoires : rien à signaler.

Compte rendu opératoire (Docteur MONOD-BROCA) :

"Laparotomie exploratrice.

Médiane sus-ombilicale.

La tumeur perçue est bien le foie.

La vésicule est scléro-atrophique avec un calcul.

Le cholédoque gros comme le pouce contient un calcul.

Cholécystectomie d'avant en arrière

et après cholangiographie on retire non pas un mais plusieurs calculs par taille cholédocienne.

Suture du cystique qui est très large par 3 points au catgut à la face postérieure du cholédoque.

Drain de Redon et drain de Kehr sortant par une contre-incision.

Paroi plastofil en étages.

NB : le colon est d'une longueur importante et nulle part accolé.

Il existe en outre une mésosigmoïdite rétractile."

Suites opératoires :

J + 2 : Etat parfait.

J + 3 : Un peu de ballonnement.

J + 4 : Ballonnement plus accentué, avec à la radiographie : pas de niveau liquide sur le grêle. Anse colique modérément dilatée avec niveaux liquides.

J + 5 : Etat clinique et radiologique inchangés.

Quelques gaz sont émis, quelques matières aussi, mais la malade reste ballonnée. Aucun vomissement. Il n'est pas branché d'aspiration sur la sonde duodénale.

La malade est abondamment perfusée : 4 litres de sérum glucosé plus ClNA et ClK.

J + 6 : à 5 h 30, collapsus brutal. Vovulus colique évident : intervention à midi.

Réintervention (Docteur HENRI-LOCA)

Compte rendu opératoire :

"Désunion de la cicatrice. Détorsion d'un énorme volvulus du caecum, environ à 360°, dans le sens anti-horaire et semble-t-il dans l'axe de l'iléo-caeco-colique. Après ponction du caecum, il reste noirâtre et flétri. Seule une hémicolectomie droite paraît raisonnable. Elle se déroule sans incident et chemin faisant, on effectue la vidange du grêle qui est distendu. L'anastomose iléo-colique est d'une excellente congruence. Bonne fermeture des mésos. Vérification du pédicule hépatique : drainage étanche ; région parfaite. Il est à noter cependant qu'une frange épiploïque est venue adhérer au pédicule hépatique et on peut se demander si elle n'a pas joué un rôle mécanique favorisant la torsion.

La colectomie est peu importante sur le colon. On a réséqué largement sur le grêle, la suture est faite en tissu parfaitement sain."

Suites opératoires de la réintervention

Le collapsus périphérique et les marbrures se sont atténuées en fin d'intervention.

Mais, 2 heures après, il se produit une chute tensionnelle. L'on n'est pas en retard au point de vue transfusion, on commence par Lévo-phed, Cortisone. L'amélioration étant médiocre, on décide malgré tout de transfuser à nouveau. Le collapsus périphérique paraît invincible, mais la diurèse reste bonne. La conscience s'améliore et les E.C.G. ne montrent pas de défaillance cardiaque.

J' + 1 - 8 heures du matin, après passage de quantités importantes de Lévo-phed, Cortisone, Cédinaline, et une dose importante de liquide (9 flacons de sang plus 2 , 5 litres de glucosé) depuis 24 heures, la situation paraît bonne : conscience parfaite, coeur et diurèse : état satisfaisant ; le collapsus périphérique très atténué, le pouls capillaire est meilleur, la cyanose sans avoir complètement disparu a énormément régressé.

A midi, l'impression se confirme.

A 14 heures, crise d'asthme typique avec bruits de pigeonier, râles crépitants, sans expectoration saumonée.

Dès lors, la situation se dégrade rapidement. La malade décède à 18 heures après passage en arythmie complète.

Observation 15. Monsieur H.. P. 17 ans.

Volvulus après appendicectomie.

6.1.1962 : intervention d'urgence pour appendicite aigüe dont le début remonte à 5 jours.

Compte rendu opératoire (Docteur RAJOT) :

"Mac Burney élargi secondairement.

Gros appendice rétro-caecal avec abcès rétro-caecal (à protéus).

Appendicectomie sans enfouissement. Ligature du méso-appendice au catgut 1.

Fermeture partielle sur drain N° 20 après antibiotiques (pénicilline 1 million, streptomycine 1 gramme) laissés in situ.

Catgut chromé sur les muscles et l'aponévrose. Crins sur la peau."

Histologie (Docteur GOUYGOU) :

"Les cinq sections étudiées sont caractérisées par l'association de lésions inflammatoires chroniques non spécifiques et de lésions récentes avec péritonite séro-fibrineuse. L'ensemble ne renferme aucune lésion tuberculeuse."

Suites opératoires

J + 4 : trousse et croche.

N.F.S. : GR 3.700.000

GB 18.300 dont PH 72 %

à la pénicilline on ajoute de la terramycine IV

J + 7 : violentes douleurs de l'hypocondre droit. Vomissements. Diarrhée. Fièvre.

N.F.S. : GR 3.900.000

GB 19.500 dont PH 84 %

Auscultation pulmonaire : diminution du murmure vésiculaire, matité de la base droite.

Radiographie pulmonaire de face : coupole gauche en place, coupole droite oblique en bas et dehors avec un angle aigu de raccordement costal.

Le diagnostic hésite entre une pleurésie et un abcès sous phrénique. Une tentative de ponction pleurale s'avère négative.

J + 8 : Les douleurs abdominales s'intensifient.

On note une contracture de l'hypocondre droit ; on pense à une péritonite et l'on réintervient d'urgence.

Compte rendu opératoire

"Au 8e jour d'une appendicectomie, contracture de l'hypocondre droit et défense abdominale. On pense à une suppuration.

Réouverture du Mac Burney. Pas de pus. Ouverture large en haut et en bas. Pas de pus sous le diaphragme. Il existe un ballon à gauche. On l'exteriorise pour constater une bride faite d'opiploon au pied du ballon constitué par trois anses grêles dilatées. Section de la bride. Le grêle se détord, il était volvulé et s'aplatit de lui-même. Il existe de grosses adénopathies dans le mésentère et devant l'aorte. L'angle iléo-caecal est normal. Le foie est normal, le colon aussi. Le grêle est de bonne vitalité ; juste deux craquelures sur la séreuse sur lesquelles on fait un point de catgut.

Paroi catgut chromé 2 en 2 plans, plus un drain cutané aux crins et agrafes. Petit drain dans la fosse iliaque droite."

Suites de la réintervention

De J' + 1 à J' + 3 , la température est autour de 37°6 - 37°8.

Ablation du drain au 3e jour.

Ablation complète des fils au 9e jour.

J 4 ± 16 :

Apyrétique. Transit normal. Mais légère suppuration de paroi au niveau du drainage.

Sortant guéri.

Observation 16 : enfant D.. Ch. 8 ans.

Volvulus du grêle après appendicectomie.

Le 16 janvier 1962, admise d'urgence en pédiatrie pour douleurs épigastriques très violentes, avec vomissements faisant craindre une intoxication alimentaire (a mangé des moules la veille).

- En fait a été opérée en clinique, un mois auparavant, (appendicectomie, adénolymphite mésentérique).

- Dans les suites opératoires, abcès de paroi ayant mis 15 jours à se tarir.

Depuis, reste sub-fébrile et fatiguée.

Début des troubles dans la nuit du 14 au 15 janvier par des vomissements, sans douleurs abdominales.

Le 15 janvier se passe normalement, quand vers 20 heures, douleur abdominale très intense, de courte durée, avec cris et agitation. Vomissements alimentaires. Accalmie au bout de quelques minutes. Pas de gaz ni selle depuis la veille.

L'enfant, malgré le mauvais souvenir laissé par les suites de l'appendicectomie, prie instamment ses parents de la conduire d'urgence à l'hôpital tellement elle souffre.

A l'entrée, l'enfant est très pâle, yeux cernés, choquée, pouls à 110. On assiste à plusieurs crises douloureuses paroxystiques ; en dehors des crises, l'abdomen s'assouplit et respire ; on voit nettement une voussure sous et latéro-ombilicale, droite, immobile, très douloureuse, tympanique. Pas de boudin.

Toucher rectal négatif.

Le diagnostic de volvulus est évoqué cliniquement.

La radiographie de l'abdomen faite immédiatement montre :

Caecum en place ; image gazeuse sans niveau liquide en dedans du caecum avec plus à gauche, deux bulles gazeuses et un discret niveau liquide. Impression de petit épanchement intra-péritonéal.

Psoas droit mal visible.

La décision opératoire est prise immédiatement après groupage sanguin et pose d'une perfusion veineuse.

16.11.1962 (Docteur PAJOT)

compte rendu opératoire :

"Volvulus du grêle terminal vu à la 4e heure, un mois après appendicectomie pour adénolymphite mésentérique.

Mécanisme sous ombilicale élargie vers le haut.

Discret épanchement intra-péritonéal séro-hématique.

Volvulus des 20 derniers centimètres de l'iléon, sur une bride joignant l'enfouissement appendiculaire à une anse grêle, laissant un sillon de striction sur le grêle. L'anse qui a capoté est le siège d'une volumineuse confluence de gros ganglions mésentériques hypertrophiés. Le mésentère est rouge, épaissi, induré. Il existe une extraordinaire coulée de ganglions jusqu'à l'origine de la mésentérique supérieure.

Section de la bride, l'intestin revient bien.

Enfouissement de la zone dépéritonisée par la striction, au fil de lin.

Libération d'adhérences épiploïques au péritoine pariétal. Large infiltration du novocaïne dans le mésentère.

Nettoyage du péritoine. Vérification de tout le grêle. On remet le tablier épiploïque en place. Paroi en 3 plans sans drainage. Nylon et agrafes sur la peau."

Suites opératoires:simples

Réanimation : S.G.I. 1.500 cc

ClK 3 g

ClNa 6 g

gluconate de calcium 1,50 g

Aspiration duodénale.

Antibiotiques : pénicilline (2 millions pendant 13 jours)
terramycine IV 5 jours

J' + 1 : bon aspect. Température à 37°3.

Diurèse 500 cc

Premiers gaz.

Ionogramme : Na	144 mEq
K	4,6 mEq
Cl	106 mEq
protides	16,3 mEq
R.A.	20
resistivité	1025

J' + 2 : première selle.

J' +11 : ablation des derniers fils.

Sortante au 15e jour. Paroi complètement cicatrisée.

Observation 17 : Monsieur P.. H. 63 ans.

Volvulus du grêle après hémicolectomie droite pour cancer ; décès non réopéré.

Admis pour crises sub-occlusives. Un transit baryté fait craindre une tumeur du termino-iléon. On décide une laparotomie exploratrice.

12.4.1963, hémicolectomie droite (Docteur PLJOT)

Suspicion de tumeur du termino-iléon.

En fait il s'agit d'un néoplasme du caecum.

Médiane sous ombilicale élargie vers le haut.

Il s'agit d'une tumeur caecale du volume d'un poing non adhérente au plan postérieur, sans métastase hépatique.

Hémicolectomie droite aisée chez ce malade maigre.

La section sur le grêle passe au bord droit de la mésentérique supérieure sur laquelle se trouve une chaîne de ganglions lymphatiques qu'il est donc impossible d'extirper.

La tranche de section sur le colon passe à la partie moyenne du transverse.

Suture termino-terminale en un plan au lin.

Anastomose facile congruente.

Péritonisation de tout le décollement colique au lin avec un drain de Redon.

Fermeture en 2 plans au nylon. Nylon sur la peau.

Histologie

"Epithélioma glandulaire du colon propagé au caecum et à la partie adjacente de la valvule de Bauhin.

Aucun des ganglions ne présente de métastase."

Suites opératoires

Pénicilline IM, streptomycine 1 g pendant 4 jours.

S.G.I.	2,5 l	) pendant 3 jours.
Trophysan	1 l	
CLM	12 g	
ClK	4 g	
Vitamines		)

J + 2 : Abdomen plat. Apyrexie. Quelques gaz.

J + 3 : Température à 38°. Abdomen plat. Légère diarrhée.

J + 4 : Cessation de la réhydratation intraveineuse.

Va très bien.

J + 6 : Lors du déjeuner : malaise général, vomissements. Aucune douleur abdominale.

A l'examen, abdomen plat, très léger empatement de l'hypocondre gauche.

-Vers 15 h 30, accentuation du malaise. Collapsus. Ne souffre toujours pas de l'abdomen.

On le met en aspiration : 400 cc de liquide d'aspect trouble stercoral (?)

Réhydratation de J + 6 à J + 7

S.G.I. 2.500 cc

S.G.E. 750 cc avec 50 mg d'Hydrocortisone et Lévophed

Depuis le matin, malaise, tension artérielle inférieure à 9 malgré Lévo-phed. Anurie.

J + 7 matin :

Apparition d'une hémiplégie.

Plaques livides sur les membres inférieurs.

E.C.G. on pense à une embolie pulmonaire, mais pas de signe thoracique.

Décès le 19.4.1963 vers 23 heures.

A l'E.C.G. pas de signe de CPM, on pense qu'il s'agit d'un accident cérébral.

Vérification

A l'ouverture de la cavité abdominale :

Quelques cc de liquide séro-fibrineux dans le Douglas.

L'anastomose iléo-colique est normale ; pas de résunion ; pas de distension d'amont

La péritonisation a parfaitement tenu.

Par contre, une bride joint le bord convexe d'une anse jéjunale moyenne à 80 cm de l'angle duodéno-jéjunal à de l'épiploon qui adhère à la partie antérieure de l'anastomose. Cette bride était le pied d'un volvulus très serré du tiers moyen du grêle, avec parois du grêle épaissies, d'aspect vineux par endroit, mais non sphacélées. Le grêle d'amont était plat, de même le grêle qui avait servi à péritoniser le décollement du colon droit.

Conclusion : volvulus aigu du grêle à ventre plat au 6e jour d'une hémicolectomie, traduit par un vomissement et un collapsus, mais sans douleur. L'hémiplégie et l'anurie semblent secondaires au collapsus.

Observation 18. Madame A.. H. 63 ans.

Occlusion jéjunale haute sur drain, après colectomie segmentaire gauche pour cancer, suivie de suppuration de paroi et d'éventration.

Histoire : le 25 mai 1961, cette malade est envoyée pour maigreur et amaigrissement de 10 à 15 kg depuis un an.

Antécédents :

1950 : greffe lombaire pour hernie discale.

1954 : décollement de rétine.

1960 : petit accident hypertensif avec malaise et tension artérielle à 23/12.

Examen : négatif.

rectoscopie également.

radiographie : image lacunaire du bas-sigmoïde.

Intervention le 2 juin 1961 : colectomie segmentaire gauche.

Compte rendu opératoire :

"Incision de Barraque.

Il existe une tumeur de la taille d'une mandarine sur l'anse sigmoïde à environ 25 cm de l'anus, sans métastase hépatique, sans ascite, sans adénopathie visible au niveau de la mésentérique inférieure.

On se proposait de faire une hémicolectomie gauche de principe mais l'anesthésiste signale une chute brutale de la tension chez cette hypertendue instable. On se contente de pratiquer une colectomie segmentaire gauche enlevant environ 25 cm au dessus de la tumeur et 10 cm en dessous.

Le rétablissement de la continuité est immédiatement obtenu par anastomose termino-terminale aux points séparés de lin en un plan extra-muqueux. L'anastomose se trouve ainsi au dessus du cul de sac de Douglas.

Péritonisation satisfaisante. Une lame dans le décollement rétro-colique sortant par une contre-incision iliaque gauche.

Fermeture de la médiane en 3 plans au nylon."

Histologie

"Adénocarcinome différencié de type Lieberkuhnien. Cette tumeur est très infiltrante et elle atteint la sous-séreuse."

Suites opératoires

J + 4 : apparition d'un ballonnement abdominal tympanique.

Rien au toucher vaginal, ni au toucher rectal.

Emission d'une selle liquide.

Petite poussée fébrile.

J + 5 : ionogramme : Na 142

K 162

Cl 92

ET 306

Radiographie de l'abdomen sans préparation : 3 ou 4 images hydro-aériques sont visibles dans la région péri-ombilicale, une image aérique en arceau est visible plus bas, devant le pubis.

J + 10 : vomissements abondants

douleurs à type de coliques.

abdomen souple, non ballonné

émission de gaz, pas de selle.

J + 11 : Réintervention

Compte rendu opératoire :

"Syndrome d'occlusion subaigüe, chez une femme opérée de cancer du colon gauche, 11 jours avant.

L'aspiration, le traitement antibiotique (pénicilline, tifomycine) et la réanimation semblaient amener la guérison du syndrome avec émission de gaz, mais l'intervention est décidée sur l'apparition de douleurs à type de coliques et sur l'altération de l'état général.

Reprise de l'ancienne cicatrice.

On découvre une occlusion chronique peu serrée de la 2e anse jéjunale coincée sous l'épiploon, implantée dans la fosse iliaque gauche au niveau du point de sortie des éléments destinés au drainage lors de la première intervention. Cette anse est dilatée; alors que le grêle sous jacent est plat, mais elle ne présente aucun sillon strictural et sa vitalité est normale. On libère donc l'adhérence épiploïque.

Il existe d'autre part une adhérence de l'épiploon au fond du bassin qu'on libère également.

On pose une lame au fond du bassin de manière à isoler la zone cruentée due à la libération épiploïque et une lame par l'orifice précédemment utilisé dans la fosse iliaque gauche, puis on referme la médiane en 2 plans au fil d'acier."

Les suites de la première réintervention sont simples, mais 2 mois et demi après :

2e réintervention pour suppuration de paroi :

Compte rendu opératoire :

"Large excision d'une suppuration de paroi sur médiane sous-ombilicale. Ablation des fils d'acier. Curetage de toute la région sus

aponévrotique sans ouverture de l'aponévrose.

Hémostase.

Réfection de la paroi au nylon.

3e réintervention, quelques mois après, avec nouvelle ablation de fils métalliques et d'un catgut ; la peau est laissée ouverte.

4e réintervention 11 mois après l'intervention initiale pour éventration.

Juillet 1962 : éventration sur médiane sous-ombilicale.

"Dissection de deux trajets fistuleux qui conduisent sur deux nylons englobés dans un tissu de sclérose. Excision.

Incision du péritoine après dissection des bords droit et gauche du plan aponévrotique.

Fermeture en un plan aux crins de Florence et au nylon 2, à la partie haute et basse de l'incision. Nylon sur la peau."

Suites opératoires

Ablation du drain de Redon au 4e jour.

Sortante au 16e jour guérie.

Observation 18 bis : Madame B... 40 ans

Occlusion par obstruction d'une anse grêle au cours de la cure d'un volvulus.

Vue le 15.9.1953 à la 15e heure d'une occlusion intestinale aiguë du grêle. La radiographie confirme l'impression clinique de volvulus du grêle.

Intervention d'urgence: (Docteur JOUVE)

"Incision médiane sus et sous ombilicale (15 cm).

On découvre la dernière anse iléale volvulée, d'un tour et demi dans le sens des aiguilles d'une montre, étranglée par plusieurs brides serrées. Libération de l'anse et détorsion. L'anse est turgescente, violet foncé, ainsi que la portion étranglée du mésentère. L'anse est traitée par des applications de sérum chaud. Le mésentère infarci est infiltré par de la novocaïne à 1%.

Tandis que l'anse étranglée et le mésentère reprennent une teinte d'abord lie de vin, puis rouge foncé, les vaisseaux droits se remettent à battre, même au niveau des zones de striction les plus serrées

aux deux pieds de l'anse.

L'anse intestinale est réintégrée. Elle est simplement plus rouge que les voisines et plus oedématisée. Les vaisseaux battent sur leur longueur.

Fermeture en 2 plans sans drainage.

Suites opératoires

Réanimation classique pendant 48 heures, avec aspiration duodénale qui ramène 400 cc, puis 250 cc.

J + 4 : première selle.

Cependant la malade souffre de coliques intestinales persistantes et intermittentes.

La fièvre reste autour de 38°, malgré une selle quotidienne, un certain météorisme abdominal persiste.

J +10 : aggravation de l'état général : clocher fébrile, douleurs plus vives.

Ballonnement abdominal plus important.

Rétention des matières et des gaz pendant 48 heures.

L'aspiration duodénale ramène 500 cc

H.F.S. : GR 2.900.000
GB 12.640

La radiographie abdominale sans préparation confirme la distension de nombreuses anses grêles, avec de nombreux niveaux liquides localisés dans la région ombilicale et le flanc gauche. Par contre, la fosse iliaque droite est le siège d'une opacité homogène.

Cet état persiste pendant 3 semaines, sans grande modification. La température revient à la normale.

Une selle par jour, mais coliques intermittentes avec nausées.

L'état général reste bon. Les hémogrammes montrent une anémie moyenne un peu au dessus de 3 millions et une polynucléose entre 5 et 7.000.

On hésite à réintervenir.

A partir de J + 30;

L'état général et abdominal s'aggravent lentement mais progressivement.

Amaigrissement de 2 kg en un mois.

Petits clochers fébriles.

Transit de plus en plus irrégulier avec des périodes de rétention des matières et des gaz de 24 à 48 heures, s'accompagnant de crises de Koenig typiques.

J + 27 : une nouvelle radiographie abdominale montre des niveaux liquides peu nombreux et petits et une distension intestinale très diminuée par rapport à l'examen précédent. Un lavement baryté révèle un méga-dolichocolon moyennement distendu et s'injectant bien, jusqu'au caecum également bien injecté. Seul l'intestin grêle n'est pas injecté du tout.

J + 40 : Réintervention (Docteur JOUVE)

Compte rendu opératoire :

"Médiane sous ombilicale.

Libération de l'anse précédemment réintégrée.

Celle-ci est épaissie et rigide, incurvée et ne présente à aucun moment d'ondes péristaltiques. Son extrémité distale est à 20 cm de l'angle iléo-caecal. Une certaine longueur d'intestin grêle, en amont, doit être libérée d'adhérences plus ou moins serrées (pas de liquide péritonéal, aucune suppuration). Résection sur un mètre cinquante d'intestin grêle. Fermeture du caecum sur un surjet au lin et 2 bourses. Anastomose iléo-caecale latéro-latérale en 2 plans au lin. Drain dans le Douglas. Paroi en un plan."

La dissection de la pièce est très instructive

La portion précédemment étranglée est incurvée et a conservé la forme qu'elle avait après la première intervention. Le mésentère est inséré sur le bord concave, épaissi et rétracté. L'anse présente un diamètre extérieur de 3 cm environ ; la lumière ne présente plus qu'un centimètre de diamètre. La paroi est épaissie (2 cm), rigide, nacrée, crissant à la section; on ne reconnaît plus à la section la moindre organisation : muqueuse, sous-muqueuse, musculuse et sous-séreuse sont fusionnées en une masse scléreuse informe et rigide.

Examen histologique :

"La pièce opératoire examinée montre des phénomènes inflammatoires subaigus, des zones oedématisées, des plages de lipodystrophie, des ectasies vasculaires, et par place, quelques tendances sclérogènes."

Les suites de la réintervention sont d'abord difficiles, avec un choc le soir de l'opération réagissant bien à des perfusions de sang de 500 cc, plasma 1.000 cc.

J' + 3, première selle.

Sort le 2 décembre 1953 guérie.

Revue par la suite, transit un peu rapide, la bouche d'anastomose fonctionne bien. Il n'y a pas de reflux iléal au lavement baryté. La malade a repris son poids normal.

DIAGNOSTIC DES OCCLUSIONS MECANIKES PURES

Date de survenue

Sur les 6 occlusions mécaniques pures rencontrées, une seule survient avant la reprise des gaz : observation 14 (volvulus caecal après chirurgie biliaire). apparu à J + 4, réopéré à J + 6, décédé à J + 7.

Les 5 autres apparaissent après la reprise des gaz.

Obs. 18 : bride épiploïque sur drain apparue à J + 5, opérée à J + 11

Obs. 17 : volvulus du grêle sur drain apparu à J + 6, décédé à J + 7 non réopéré.

Obs. 15 : volvulus du grêle sur drain apparu à J + 7, opéré à J + 8.

Obs. 18 bis : obstruction subaiguë du grêle sur drain apparue à J + 10 opérée à J + 40.

Obs. 16 : volvulus du grêle sur drain apparu à J + 29, opéré à J + 30.

Un délai de 1 à 30 jours s'est donc écoulé entre les premiers signes de l'occlusion mécanique pure et l'intervention. Ce délai peut paraître surprenant. L'étude critique des 6 observations s'attachera à en expliquer les raisons et à déterminer les éléments qui auraient parfois dû conduire à une réintervention plus précoce.

Diagnostic

L'observation 16 n'en a pas posé : volvulus aigu du termino-iléon à J + 30, douleurs abdominales paroxystiques,
 arrêt complet du transit
 altération rapide de l'état général
 voussure abdominale localisée et douloureuse
 anse claire à la radiographie (les francs niveaux liquides n'apparaissent que vers le 6^e heure).

C'est le tableau le plus schématique susceptible d'être rencontré : il emporte la décision opératoire sans délai.

Mais déjà dans l'observation 15, les difficultés diagnostiques commencent. Les suites opératoires de cet abcès appendiculaire sont troublées dès le 4^e jour.

Fièvre, toux, expectoration muco-purulente centrent l'attention sur le thorax et font prescrire une antibiothérapie massive.

Les douleurs de l'hypocondre droit apparues à J + 7 sont mises également sur le compte de la pleuro-pneumopathie. D'autant que l'on retrouve des signes cliniques et radiologiques à la base droite. La diarrhée est mise trop facilement sur le compte des antibiotiques. Et, finalement, après un retard de plus de 24 heures, l'indication opératoire est posée avec un faux diagnostic de péritonite, à cause de la contracture de l'hypocondre droit. La réintervention rétablit le diagnostic.

Un interrogatoire mieux conduit avant la première intervention eût appris l'existence d'une bronchopneumonie avec pleurésie l'année précédente à la suite d'une noyade (expliquant les déformations radiologiques de la coupole droite).

La surveillance thoracique post-opératoire eût été plus vigilante et aurait peut être prévenu l'épisode bronchorrhéique.

Dès lors l'existence de douleurs abdominales localisées
très vives, de type paroxystique
-de vomissements
-de diarrhée (qui est un bon signe
de souffrance intestinale)

devaient conduire à une radiographie de l'abdomen sans préparation et opérer 24 heures plus tôt.

D'une manière plus générale, on peut dire que l'on retrouve souvent (à la condition de bien interroger l'opéré) les éléments de la triade classique de l'occlusion, ou du moins l'existence de douleurs abdominales paroxystiques. Malheureusement on rattache à tort ces divers symptômes aux suites de l'anesthésie, à la "maladie opératoire", à un trouble hydro-électrolytique, et non à l'occlusion, et chez l'opéré les signes physiques sont d'évaluation difficile ; si bien que les signes généraux, quoique souvent tardifs gardent encore de la valeur et permettent parfois de faire le diagnostic d'occlusion in extrémis.

La statistique de F.Z. REIMUS montre bien la fréquence et l'intensité des signes généraux par rapport à la discrétion relative des signes physiques.

Sur 79 cas d'occlusions du grêle par adhérences, F.Z. REINUS a trouvé :

64 cas d'obstruction simple

15 cas de strangulation dont 8 aigus

Dans les strangulations complètes,

le début est aigu dans 50 %
l'état général gravement atteint 75 %
la température élevée 50 %
le pouls supérieur à 110 75 %
ballonnement présent 40 %seulement
sensibilité abdominale 90 %
péristaltisme visible 12 % seulement

C'est dire assez l'importance devant toute douleur abdominale paroxystique, chez un opéré de l'abdomen qui jusque là allait bien, de pratiquer d'urgence des clichés de l'abdomen sans préparation, et en cas de doute de les répéter au bout de quelques heures. L'occlusion post-opératoire plus que toute autre impose un examen radiologique.

Notre troisième observation (17) : volvulus du grêle à ventre plat, donne un exemple de l'extrême difficulté du diagnostic dans certains cas.

Le début, au sixième jour, est marqué par un malaise brutal avec collapsus et vomissements ; pas de douleurs, certes, mais un léger empatement de l'hypocondre gauche. La veille, le malade avait eu de la fièvre et de la diarrhée. On le met en aspiration, on ramène un liquide trouble.

Ce début aigu, chez un malade qui allait jusque là parfaitement bien, l'aspiration qui ramène un liquide suspect, auraient dû attirer l'attention sur l'abdomen, et faire pratiquer malgré le ventre plat des radiographies de l'abdomen sans préparation.

L'anurie et l'hémiplégie apparues dans les heures suivantes sont la conséquence du collapsus. Le malade est décédé le lendemain. L'autopsie a montré l'absence de lâchage de l'anastomose et fait découvrir un volvulus très serré du tiers moyen du grêle.

L'absence de météorisme, l'absence de douleurs ne doivent pas faire écarter le diagnostic d'occlusion. Il s'agira dans 85 % des cas, de strangulation de l'intestin grêle. LUCIAR dans sa thèse en

donne un exemple : 9 jours après un anus transverse pour sigmoïdite (incarcération d'anse à travers une brèche mésocolique).

Aussi, à côté des occlusions révélées par la triade classique faut-il insister sur les formes trompeuses fébriles et diarrhéiques avec liquide d'aspiration trouble, voire stercoral.

Ne pas se laisser égarer par une leucocytose élevée avec polynucléose d'observation courante au cours des volvulus, par exemple dans l'observation 15 : GB : 19.500 dont 84% de PN.

Et avoir recours à la radiographie d'urgence. Une aéroilée localisée à une anse sans colon visible, avec ou sans niveau liquide sur le grêle, est l'image quasi pathognomonique d'un volvulus du grêle, et impose la réintervention sans délai. En cas de doute, refaire des clichés au bout de quelques heures, l'accentuation des images gazeuses, l'apparition ou l'accentuation des images hydro-aériques ont une grande valeur, comme y a insisté MIALARET au LVe Congrès Français de Chirurgie en 1953

Tout autre est le problème posé par le volvulus du caecum après intervention biliaire (observation 14).

Dès la première intervention, on note un défaut d'accrolement et la longueur du colon, ainsi que l'existence d'une mésosigmoïdite rétractile. Si bien qu'à J + 4, le ballonnement abdominal s'accroissant, on fait une radiographie de l'abdomen qui montre l'absence de liquide sur le grêle, une anse colique modérément dilatée avec niveaux liquides.

On hésite entre un iléus paralytique et une occlusion mécanique. Le lendemain, on est rassuré partiellement par une reprise du transit bien que le ballonnement persiste. On renforce la réanimation.

Et ce n'est qu'à J + 6, le volvulus étant évident qu'on réintervient, mais hélas trop tard.

Rétrospectivement, les constatations faites lors de la première intervention jointes à la radiographie étaient très en faveur du volvulus colique. On sait qu'une aérocolie pure importante après le 3e jour est un symptôme inquiétant, à fortiori lorsqu'il existe des niveaux liquides qui augmentent d'importance à des examens successifs.

Cependant, le grand âge, les antécédents cardio-pulmonaires, la longueur de la première intervention avaient poussé à temporiser.

Occlusion sur drain

Nous n'en avons qu'un seul exemple (observation 18). : Occlusion chronique sur une 2^e anse jéjunale, favorisée par une bride épiploïque implantée sur le point de sortie de la lame de caoutchouc mise dans la fosse iliaque gauche.

Malgré l'ablation du drainage et la reprise du transit, la réintervention est décidée à juste titre sur des douleurs abdominales à type de colique, des vomissements et l'altération de l'état général.

Les occlusions par fixation de brides sur le matériel de drainage s'observent généralement vers le 6^e-7^e jour. On insiste sur signe considéré comme précoce : l'abondance du liquide de drainage. "L'apparition subite d'une quantité importante de sérosité claire par le drain fait affirmer l'occlusion 12 à 24 heures avant le début des premiers signes cliniques." Ce signe n'a pas été retrouvé ici, peut être parce que la striction était modérée.

Un diagnostic pouvait se discuter : l'iléus paralytique jéjunal dont CLEVEL dit qu'il "est spécifique en quelque sorte de la chirurgie de l'angle gauche. Se déroule à ventre plat. Ce sont les premières anses jéjunales qui se paralysent près du foyer opératoire, et seuls les vomissements bilieux, la distension duodénale et gastrique manifestent indirectement leur souffrance, parfois sous le masque de l'urémie post-opératoire.

Occlusion par obstruction (observation 18 bis)

En général, il s'agit d'une sténose d'anastomose digestive. Ce qui fait l'originalité de cette observation, c'est la sténose de toute une anse grêle après détorsion de volvulus.

Le tableau de l'obstruction progressive est très particulier. Il est caractérisé par la triade :

- crise de Koenig
- arrêt incomplet du transit
- contrastant avec un météorisme abdominal diffus.

A la radiographie, nombreuses images hydro-aériques en amont de l'obstruction. Rien sur le colon. Un transit du grêle est utile dans les occlusions de ce type, pour localiser l'obstacle. Cet examen n'a pas été pratiqué.

Cette malade aurait bénéficié probablement d'une réintervention plus précoce vers la 3e semaine, avant la dégradation de l'état général qui a été le principal motif de la réintervention.

On ne peut se reprocher la réintégration de l'anse lors de l'intervention initiale. Tout au plus cette curieuse observation confirme la nécessité de surveiller très étroitement les suites opératoires après réintégration d'anses non complètement redevenues normales après détorsion.

PERITONITES PLASTIQUES

Nous avons 2 observation de péritonites plastiques pures :

- Obs. 19 : réintervention au 5e jour d'une détorsion de volvulus de sigmoïde.
Obs. 20 : réintervention au 20e jour d'une appendicectomie pour appendicite aiguë.

et 4 observations de péritonites plastiques adhésives avec abcés unique et occlusion mixte inflammatoire et mécanique :

- Obs. 21 : péritonite plastique avec abcés pelvien après appendicectomie non réopérée ; exitus au 5e jour.
Obs. 22 : péritonite plastique avec granulome colique à corps étrangers (talcome ?) après appendicectomie, hémicolectomie droite, au 15e jour.
Obs. 5 : déjà citée dans les hémorragies post-opératoires : réintervention au 21e jour de l'évacuation de l'hémopéritoine post-appendiculaire pour péritonite plastique et hématome infecté du promontoire.
Obs. 23 : péritonite plastique avec abcés pelvien opérée au 15e jour d'une résection du grêle pour tumeur.

Nous décrirons d'abord les observations, puis nous envisagerons les problèmes diagnostiques et thérapeutiques qu'elles posent.

Observation 19. Madame L... 81 ans.

Volvulus du sigmoïde. Péritonite adhésive post-opératoire sans abcès.

Admise d'urgence le 7.10.1962 pour volvulus sigmoïdien typique dont le début remonte à 6 jours.

Tension artérielle : 16/10, pouls à 80. Température 37°5.
Malade extrêmement déshydratée

Examens pré-opératoires :

- urée : 0,45
- hématocrite 41 %
- corps cétoniques ++
- ionogramme
 - K : 4,75 meq
 - Cl : 101 meq
 - Na : 152 meq
 - protides : 18 meq
 - RA : 20 meq
 - Anions : 166 meq
 - Cathions : 149 meq

Réanimation pré-opératoire :

SGI	2.000 cc
ClNa	12 g
ClK	4 g
Cédinaline	1 ampoule

Intervention d'urgence (PAJOT) :

Volvulus du colon sigmoïde cliniquement typique avec sur la radiographie un important ballon aérique correspondant à l'anse sigmoïdienne avec au pied de celle-ci deux niveaux liquides et très peu d'images hydro-aériques sur la fin du grêle.

Sous anesthésie générale, on monte d'abord une sonde dans l'ampoule rectale, puis on fait une médiane sous-ombilicale.

Il existe en effet un volumineux ballon sigmoïdien qu'on détord aisément dans le sens inverse des aiguilles d'une montre.

Il existe une discrète mésentérite sans rapprochement important des pieds de l'anse et avec une vitalité intestinale satisfaisante.

Le reste de l'exploration est négatif.

La vidange du colon qui est distendu dans son ensemble se fait très bien par la sonde rectale, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une entérotomie.

On termine l'intervention par la fixation de l'anse sigmoïdienne par 3 points de nylon au péritoine pariétal gauche en espérant ainsi prévenir une récurrence.

Paroi en deux plans au catgut, nylon. Nylon sur la peau.

J + 1 : SGI 3.000 cc
ClNa 18 g
ClK 3 g

Pénicilline 2 millions, Streptomycine 1 g

La malade est agitée, se lève, arrache sa sonde, est très difficile à perfuser.

J + 2 : Premiers gaz ; température : 38°5 ; pouls : 100.

J + 4 : première selle.

J + 5 : Météorisme abdominal important.

Radiographie de l'abdomen sans préparation : grande distension du grêle presque uniquement gazeux ; caecum non dilaté.

Vomissement abondants.

Une selle d'après-midi.

J + 6 : La température retombe à 37°, mais il existe maintenant des images hydro-aériques sur le grêle, la malade vomit, arrêt des gaz.

Examens biologiques :

urée	0,25 g/l
hématocrite	51 %
K	3,75 meq
Na	140 meq
RA	24 meq
Cl	101 meq
protides	13 meq
anions	151 meq
cathions	148 meq

On décide de réintervenir d'urgence à J + 6.

Compte rendu opératoire :

Occlusion intestinale aiguë du grêle chez une malade ayant été opérée d'un volvulus du colon pelvien il y a 5 jours.

On repasse par l'incision précédente, médiane à cheval sur l'ombilic.

Les premières anses grêles sont très peu dilatées jusqu'à la jonction jéjuno-iléale environ. A ce niveau les anses collent entre elles, ce qui est cause d'une plicature et d'un arrêt du transit.

La libération se fait sans aucune difficulté et sans le moindre saignement.

Remise en place des anses dans l'abdomen.

Fermeture du péritoine au catgut, de l'aponévrose au nylon. Nylon et agrafes sur la peau.

Suites de la réintervention :

Normales, en dehors d'un météorisme abdominal et d'une fièvre à 38° persistant plusieurs jours, et sur le plan biologique, d'une légère hypokaliémie.

J' + 2 : K = 3,75 meq

J' + 6 : K = 3,1 meq

J' + 10 : K = 4 meq

Sortante le 3 novembre 1962, guérie.

Observation 20. Monsieur S... J. 30 ans.

Le 25 mars 1963 admis d'urgence : occlusion intestinale aiguë complète vue au 4e jour ; survenant 20 jours après une appendicite aiguë opérée dans le service le 5 mars 1963.

Depuis le 21 mars, arrêt complet des matières et des gaz, douleur à type de colique. Vomissements. Pas de fièvre.

A l'admission, tuméfaction douloureuse de l'hypocondre gauche tympanique avec douleur intense à la palpation profonde.

Sur les radiographies sans préparation, 2 anses jéjunales bien visibles avec niveaux liquides et aérocolie de l'angle gauche et de la moitié gauche du transverse

Intervention (PAJOT)

On passe par médiane un peu élargie vers le haut. On tombe sur une péritonite plastique très importante avec à la partie moyenne du jéjunum une anse volvulée, la bride étant créée par une anse intestinale accolée à elle-même et fixée par son sommet à une autre anse intestinale. Libération de l'anse faisant bride. L'intestin est d'aspect normal. Il n'y a pas lieu de faire de résection.

On poursuit la libération, d'abord depuis cette anse vers la valvule iléo-caecale, puis de cette anse vers l'angle duodéno-jéjunal.

On sectionne au passage de nombreuses adhérences des anses entre elles, des anses du grand épiploon et des anses de la paroi.

Au cours de cette libération, il n'y a pas eu de déperitonisation du grêle, pas d'effraction dans la lumière intestinale. Il n'a pas été retrouvé de foyer abcédé. Le colon est normal. Le foyer d'appendicectomie est strictement normal.

Aussi on se contente de ranger minutieusement les anses intestinales, de les recouvrir du tablier épiploïque et de fermer sans drainage la paroi en 2 plans au nylon. Nylon sur la peau.

Suites opératoires simples.

Sorti au 9^e jour.

Observation 21 M.. 1. 45 ans.

Péritonite appendiculaire,

peritonite plastique avec abcès non réopéré ; exitus au 5^e jour.

Admission le 9.2.1952 à 4 heures du matin pour syndrome douloureux abdominal remontant à 5 jours avec arrêt des matières et des gaz.

Examen : abdomen ballonné, très douloureux. Légère défense dans les deux fosses iliaques.

Radiographie de l'abdomen sans préparation : coupoles, rien à signaler. Grosse poche à air gastrique sur laquelle se projette la clarté d'une anse grêle dilatée.

Le 9.2.52 à 17 heures, intervention :

Mac Burney.

Appendice long, méso-coeliaque. La pointe est au niveau du détroit supérieur. Libération difficile. Hémostase non satisfaisante.

Appendice gangréné, perforé, pus et matières fécales dans l'abdomen ;

Mickulicz : 2 mèches

Un point au catgut de chaque côté.

Un point au lin sur la peau de chaque côté.

Suites opératoires :

J + 1 : aspiration duodénale : 250 cc

pénicilline 1 million, streptomycine 1 g

perfusion sérum physiologique : 1.500 cc.

température : 37° 8

J + 2 : aspiration 1 litre.

perfusion protéolysat 1.000 cc

température 37°8.

J + 3 : remontée thermique à 40°, pouls à 100, tension 11/9.

J + 5 : décédé en hyperthermie, sans reprise du transit

Vérification

1) Liquide séro-sanguinolant dans la cavité abdominale, mais peu sanglant.

2) Les deux premières anses grêles sont très dilatées. La dilatation s'arrête brusquement au niveau d'une anse qui vient dans le petit bassin du côté droit. Elle est fixée, légèrement tordue et cyanosée. Au niveau d'un magma très inflammatoire = mésos et intestin.

On vide une poche de pus en la crevant.

Fausses membranes sur l'intestin.

3) Le caecum est au dessus d'aspect normal.

4) Thorax : rien à signaler.

Conclusion : péritonite localisée avec abcès du Douglas et iléus mixte.

Observation 22. Monsieur P.. 35 ans.

Admis le 20.9.1955 pour appendicite subaiguë, une grippe retarde l'intervention de 5 jours.

10 octobre 1955, intervention (Docteur MONOD-BROCA):

"Incision de Mac Burney. On tombe sur un appendice rétro-caecal dont le méso lâche et se rétracte, d'où aggrandissement en haut. Libération du caecum. Reprise du méso-appendice. Appendicectomie. Pas de Meckel. Parois aux crins.

Fermeture sans drainage."

Suites opératoires d'abord simples, puis arrêt complet du transit, conduisant à une réintervention.

J + 15 : réintervention (Docteur MONOD BROCA)

"Médiane. Bloc d'adhérences iliaques droites : plaie intestinale en les libérant, d'où hémicolectomie droite.

Vidange de l'intestin.

Fermeture pariétale sur drain.

Examen de la pièce (Docteur RENAULT) :

"La partie indurée correspond grosso modo à la partie moyenne du colon ascendant. Le tube intestinal est entouré là d'une masse de tissu induré grisâtre, de consistance fibreuse ou oedémateuse suivant les points ; cette masse s'étend largement du côté du mésentère, assez peu du côté opposé ; elle est assez précise dans ses limites supérieures et inférieures qui n'atteignent ni l'angle colique droit ni la région caecale. Tout l'intestin, en dehors de la région englobée par cette masse, est normal, ou seulement un peu rouge, irrité ; il en est ainsi de l'iléon, du caecum, et plus en aval, de l'angle colique et du transverse.

Au niveau de la masse, on ne retrouve plus la continuité du tube intestinal ; malgré une dissection attentive, il a été impossible de se rendre compte si c'était une striction simple ou une torsion partielle qui a provoqué l'étranglement, peut-être les deux mécanismes ont-ils été associés."

Histologie (Docteur RENAULT)

"Assez surprenante : on trouve bien des nappes et bandes fibreuses alternant avec des îlots de tissu cellulaire ou cellulo-adipeux, mais il n'y a nulle part de foyer suppuré et l'inflammation est réduite à peu de chose : discret envahissement des espaces cellulaires par des histiocytes libres.

Cependant de place en place, le tissu fibreux s'ordonne autour de foyers histiocytaires faits d'éléments macrophagiques chargés de sortes de grains brunâtres denses ; ailleurs des cellules géantes s'y mêlent qui prêtent à l'ensemble la morphologie d'un granulome à corps étrangers ; dans ces points, ont été vus des sortes de débris jaunâtres, cohérents, informes, non caractérisables.

Tout cela reste peu concluant, mais j'ai tout de même l'impression que l'induration cellulo-fibreuse, cause de l'occlusion, est le fait d'un granulome à corps étrangers, bien que je ne puisse caractériser ces derniers."

Suites opératoires sans incident, sauf écoulement transitoire par le drain, jamais franchement stercoral.

Observation 23. Monsieur CH... 27 Ans

Péritonite plastique avec abcès et désunion de l'anastomose.

Admis d'urgence le 9.10.1962 pour syndrome occlusif aigu au 15^e jour d'une résection du grêle dans un autre hôpital pour cause indéterminée - tumeur du grêle ?

Examen : arrêt absolu des matières et des gaz ; vomissements abondants. Météorisme localisé dans la fosse iliaque droite, tympanique et douloureux. Reste de l'abdomen souple.

Toucher rectal normal.

Pas de fièvre.

On demande d'urgence : une radiographie de l'abdomen sans préparation - des examens biologiques.

Radiographie de l'abdomen sans préparation : plusieurs images hydro-aériques de la fin du grêle, dans le pelvis et fosse iliaque droite avec distension gazeuse importante. Colon pratiquement invisible.

Examens biologiques

N.F.S. : GR 3.900.000

GB 10.100 dont PN 77 %

urée : 0,30 g/l

hématocrite : 46 %

densité plasmatique 1028

ionogramme : K 4,9 meq

Na 140 meq

RA 22 meq (49 vol)

protides 20 meq (20)

cations 153 meq

anions 151 meq

Mise en place d'une aspiration gastrique : 750 cc.

Intervention d'urgence

Réanimation pré et per-opératoire : SGI 700 cc + ClNa 12 g + ClK 4 g + 400 cc de sang.

Compte rendu opératoire :

"Médiane sous ombilicale. Après libération d'assez nombreuses adhérences lâches, découverte d'une zone sténosée et accolée à la paroi droite du pelvis. L'extériorisation met en évidence la présence d'un abcès fétide et d'une perforation en regard de l'ancienne suture intestinale. A l'examen de la muqueuse au niveau de la perforation, on note un aspect granité.

On décide donc de faire une résection cunéiforme de la zone correspondant à la première suture intestinale d'environ 30 cm de grêle. Par

le bout distal on est à 20 cm de la valvule iléo-caecale. Anastomose intestinale bout à bout en un plan après avoir évacué le liquide siégeant dans le bout proximal distendu. Péritonisation des deux faces du coin mésentérique.

L'appendice est inflammatoire : appendicectomie.

Nettoyage de la cavité péritonéale au sérum.

Contre incision de la fosse iliaque droite pour un drainage.

Une lame est placée à distance de l'anastomose.

Fermeture de la paroi en 3 plans au nylon 2. Nylon fin sur la peau à points séparés."

Compte rendu histologique :

Il n'existe pas de prolifération tumorale sur ces différents prélèvements, mais seulement une ulcération hémorragique.

Cette ulcération est développée au niveau d'un diverticule peu profond intra-muqueux entouré par un tissu lymphoïde extrêmement riche.

L'un des prélèvements a intéressé un granulome gigantesco-cellulaire au niveau de fils de suture.

L'appendice est remanié par une appendicite subaiguë avec exulcération et magma nécrotique accumulé dans la lumière.

Conclusion : 1) granulome de résorption sur suture ancienne.

2) iléite diverticulaire Meckel et appendice.

Il est à noter qu'il a été impossible de se procurer le compte rendu opératoire de la première intervention malgré une demande réitérée.

Suites opératoires simples

Réhydratation veineuse pendant 3 jours.

Tifomycine + streptomycine pendant 10 jours.

Cependant une diarrhée persistante sans germe à la culture fait instituer un traitement par Canidan les 3 jours suivants. Le malade sort le 18e jour : asthénique, amaigri malgré un appétit normal, avec une légère diarrhée.

DIAGNOSTIC DES PERITONITES PLASTIQUES AVEC OU SANS ABCES

Date de survenue

La date d'apparition des péritonites plastiques post-opératoires est relativement plus tardive que celle des occlusions mécaniques

Deux fois elle est survenue après la sortie du malade de l'hôpital après la première intervention, avec un délai de un à six jours entre le début clinique et la date de la réintervention.

à savoir :

Obs. 19 : début à J + 5	réintervention à J + 6
Obs. 22 : début vers J + 12	réintervention à J + 15
Obs. 23 : début vers J + 13	réintervention à J + 15
Obs. 16 : début à J + 16	réintervention à J + 20
Obs. 5 : début vers J + 15	réintervention à J + 21

Dans un seul cas, observation 21, la péritonite plastique est survenue d'emblée, elle a été méconnue lors de l'intervention qui a été inadaptée. Le malade n'a pas été réopéré, il est mort.

Circonstances de survenue

Plus singulières sont les circonstances de survenue de ces péritonites plastiques.

4 fois sur 6, il s'est agi d'une appendicite aiguë,

1 fois sur 6 d'une tumeur inflammatoire du grêle ayant nécessité une résection.

1 fois seulement il ne s'est pas agi d'une intervention septique (obs. 19. détorsion simple de volvulus sigmoïdien) mais en fin d'intervention une colopexie a pu créer une exsudation de fibrine source possible des adhérences post-opératoires.

Trois fois sur 6 il y eut de graves ennuis d'hémostase lors de la première intervention.

Obs. 21 : hémostase non satisfaisante ayant indiqué un drainage par Mickulicz avec 2 mèches.

Obs. 22 : lâchage de méso-appendiculaire : reprise, mais il n'y a pas eu de drainage.

Obs. 5 ; hémorragie cataclysmique ayant nécessité une première réintervention à J + 1

Enfin, dans l'observation 22, un granulome à corps étrangers mal définis a été retrouvé à l'examen histologique, dont la nature n'a pas été établie, talcome ?

Favorisent donc ces péritonites plastiques :

- les infections aiguës qui font perdre au péritoine son rôle de glissement,
- les épanchements intra-péritonéaux (non drainés ou persistant par la suite d'un drainage illusoire),
- les corps étrangers qui irritent les séreuses et les accolent entre elles (cf talcage de la plèvre ou du péricarde).

Clinique

Le tableau clinique n'a rien de spécifique. Les signes qui ont fait réintervenir sont :

- dans 3 cas, un syndrome radio-clinique complet d'O.I.A. mécanique (obs. 20 - 22 - 23),
- une fois (obs. 19) :
 - l'augmentation du météorisme,
 - l'accentuation des images hydro-aériques à la radiographie malgré l'existence d'un transit colique sub-normal.
- une fois la coexistence
 - de phénomènes subocclusifs
 - de météorisme abdominal
 - et d'un empâtement au toucher rectal
- dans l'observation 21 non réopérée, l'hyperthermie a été mise sur le compte d'un état infectieux général et des troubles électrolytiques satellites. On a cru à tort à l'efficacité du Mickulicz pour évacuer l'épanchement intra-péritonéal.

Enfin, rien n'a permis cliniquement de savoir si la péritonite plastique était ou non accompagnée d'abcès:

Obs. 23, occlusion du type mécanique pur sans fièvre. A l'intervention on tombe sur un abcès d'odeur fétide.

A l'inverse (obs. 19) subocclusion évoluant en climat fébrile : température à $38^{\circ} 5$ à J + 2. Il n'existe à la réintervention que des lésions mécaniques. Encore là faut-il faire jouer deux autres facteurs : une déshydratation importante et une hypokaliémie nette.

Les 3 principaux diagnostics différentiels à retenir sont donc :

- 1) les septicémies post-opératoires
- 2) les troubles hydro-électrolytiques
- 3) les iléus paralytiques graves puisqu'ils incitent à poursuivre le traitement médical.
- 4) les péritonites post-opératoires, erreur vénicelle , puisqu'elles imposent la réintervention.

Le principal intérêt des ces péritonites plastiques reste dans leur traitement, nous y reviendrons.

ILEUS POST-OPERATOIRES

Nous terminerons l'étude diagnostique des occlusions post-opératoires par 2 observations d'iléus paralytique, dont l'un a été réopéré à tort avec suites compliquées, et l'autre a guéri médicalement.

Observation 24. Monsieur L... 58 ans, malade opéré d'un cancer de l'ampoule rectale le 27.8.1953.

Compte rendu opératoire (Docteur MONOD BROCA) :

"Médiane agrandie en barraya à gauche. Douglas peu accessible ; colon sigmoïde court, à méso court, on voit la tumeur sous péritonéale et il existe quelques végétations dans le cul de sac vésical. Mais l'absence de ganglions et de métastase, la relative mobilité, l'absence d'adhérence en arrière conduisent à décider à tort l'exérèse.

Repérage des uretères, section de la mésentérique inférieure. La dissection de l'uretère droit juxta-tumoral est impossible. On clive au doigt ; ouverture d'un abcès. Décollement de l'angle G (section de la v.MI). On tasse le colon dans le bassin, mais péritonisation impossible par-dessus. On se contente de péritoniser et de fixer le nouveau colon descendant.

Temps sacré : grandes difficultés, finalement on laisse de la tumeur sur la prostate et inquiétude pour l'uretère droit. On abaisse le colon transverse, ni sa longueur, ni sa couleur ne sont satisfaisantes. Mickulicz présacré, une mèche, sonde vésicale."

Etude de la pièce opératoire

Tumeur framboisée relativement superficielle, formant une plage arrondie de 3 cm x 3 cm. En regard de la tumeur, le décollement a été fait dans un tissu dur, grisâtre, lardacé, qui adhérerait probablement à la prostate. Le reste de la paroi rectale et le colon sigmoïde sont normaux. La graisse péri-rectale est abondante ; 7 à 8 ganglions lenticulaires y ont été difficilement retrouvés. Pas de ganglion juxta-sigmoïdien.

Etude histologique

Epithélium glandulaire typique envahissant le tissu cellu-

laire péri-rectal. L'induration du tissu cellulaire en regard de la tumeur paraît être due surtout à une fibrose associée et à des phénomènes inflammatoires chroniques.

Un petit abcès a été trouvé là entouré d'une véritable gangue scléreuse. Il ne contient aucun élément cellulaire de type néoplasique. Tous les ganglions trouvés sont normaux.

Suites opératoires

J + 1 : malade en assez bon état général.

J + 2 : le malade se ballonne. On met en place une aspiration duodénale.

J + 3 : devant la non sédation des troubles, on porte le diagnostic d'occlusion post-opératoire de type mécanique ; et l'on réintervient.

30.8.1953 : réintervention (Docteur MONOD BROCA):

"Médiane pour occlusion post-opératoire.

Occlusion paralytique. Aucune adhérence. Colon pelvien rare. Bonne péritonisation spontanée. Vidange du grêle. Mise en place d'une sonde dans la première anse jéjunale. "

Suites de la réintervention

D'abord simples, mais à J' + 20, lâchage de points cutanés. Le plan musculaire semble bon. Par ailleurs, bon état général ; selles normales par la fistule.

2 mois après

Cicatrisation cutanée abdominale terminée,

Gomblement progressif de la fistule sacrée.

Cystite à staphylocoques et colibacilles résistants à tous les antibiotiques ; mais améliorée par les lavages vésicaux.

6 mois après

Les matières passent intégralement par la fistule sacrée.

Enorme éventration de l'incision de Barraya.

Gros foie probablement nodulaire.

Récidive rectale perçue au toucher et confirmée à la biopsie.

Observation 25. Monsieur R... 68 ans.

Occlusion fonctionnelle après résection intestinale (hernie étranglée) pas de réintervention.

Le malade avait subi une résection intestinale pour hernie crurale étranglée vue à la 20e heure avec intestin gangréné et perforé dans le sac.

Dès J + 1 on note de la fièvre à 38° 4, un pouls à 115, des vomissements.

J + 2 et J + 3

Le fièvre se situe autour de 38°

La diurèse est à 600 cc par 24 heures.

Emission de quelques gaz.

J + 4 et J + 6

A nouveau, vomissements.

Température à 38° ; pouls 100-110

Contrastant avec des signes généraux nets, les signes physiques sont discrets : abdomen discrètement ballonné, souple et indolore. Par contre, pas de reprise de selles, un gaz de temps en temps.

J + 7

Devant ce tableau, on évoque un iléus paralytique.

On pratique une radiographie de l'abdomen sans préparation qui montre une distension importante de plusieurs anses grêles avec niveaux liquides et sept images hydro-aériques dans la fosse iliaque droite. Le colon n'est pas visible.

Une aspiration duodénale est mise en place.

Dans ce tableau d'O.I.A. un signe rassure, le malade a faim ; aussi poursuit-on l'aspiration (1600 cc/24 h).

J + 8

Nouvelle radiographie : la distension du grêle rétrocede, le caeco-colon ascendant devient visible. Les niveaux liquides de la fosse iliaque droite sont en régression.

J + 9

L'amélioration se confirme :

débacle urinaire de 1000 cc

coincisant avec une défervescence thermique.

Le transit se rétablit.

On arrête dès lors l'aspiration et le malade sort guéri au 14e jour sans réintervention.

PROBLEMES DIAGNOSTIQUES DES ILEUS PARALYTIQUES

Dans l'observation 24

L'indication de la réintervention a été posée sur :

- le non rétablissement du transit,
- le ballonnement qui ne cède pas à 3 jours d'aspiration duodénale.
- et surtout sur le souvenir des difficultés rencontrées lors de la première intervention, en particulier l'impossibilité de péritoniser le petit bassin.

La réintervention à J + 3 montre qu'en fait il s'agit d'une occlusion paralytique. Il n'existe aucune adhérence. Il y a une bonne péritonisation spontanée.

Il s'agit donc d'une réintervention inutile, (on aurait dû poursuivre l'aspiration et la rééquilibration hydro-électrolytique), et même nocive, puisqu'elle a été suivie d'une éviscération.

Dans l'observation 25

Le diagnostic d'iléus paralytique est évoqué cliniquement devant les discordances dans le tableau d'occlusion post-opératoire, le bon état général et la discrétion des signes physiques.

Les radiographies faites à un jour d'intervalle (J+ 6 et J+7) confirment la rétrocession des images hydro-aériques. Le transit se rétablit à J+9.

Ceci milite en faveur de la surveillance radiologique post-opératoire.

Tous les auteurs insistent sur la difficulté de faire le diagnostic entre iléus mécanique et paralytique

Walter F. BECKER note sur une série de 412 cas que la mortalité de l'occlusion par adhérence a été de 11,3%. Dans les 52 cas où l'on a accordé une trop grande confiance à l'aspiration, elle a été de 38,4%, soit plus du triple.

Si l'occlusion ne cède pas rapidement à l'aspiration, il faut réintervenir quitte à courrir le risque d'une réintervention inutile, qui peut être nuisible.

TRAITEMENT DES OCCLUSIONS POST-OPERATOIRES

Principes généraux

La difficulté réelle du traitement des O.P.O. tient à deux ordres de faits.

Tous les degrés existent entre les iléus paralytiques qui céderont spontanément en 48 heures et les occlusions suraiguës qui peuvent tuer en 24 ou 36 heures si un geste adapté n'est pas immédiatement entrepris. D'autant plus qu'un iléus paralytique, s'il se prolonge, peut par l'abondance du liquide emmagasiné dans l'intestin et l'atonie qui s'ensuit se transformer en iléus mécanique avec capotage ou coudure de l'anse, voire même en iléus mixte mécanique et péritonique. La première notion est donc que pour la plupart des auteurs (sauf cas très particulier), il existe à priori un danger à laisser se prolonger plus d'une semaine un iléus qui ne cède pas sous traitement médical correct.

La deuxième difficulté est d'ordre réanimatoire, et dans ce domaine mieux vaut prévenir que guérir, c'est à dire que avant, pendant, et après la première intervention, il est impératif que le malade soit correctement réhydraté et équilibré en électrolytes (en particulier ClNa et ClK) pour que la perturbation hydro-électrolytique créée par l'occlusion puisse être appréciée cliniquement et biologiquement à partir de bases précises et être ainsi corrigée exactement. Rien n'est plus difficile que d'entreprendre la réanimation d'une O.P.O. au 3e ou 4e jour en ignorant ce qui a été prescrit jusque là.

Méthodes

Elles comportent dans tous les cas un geste de vidange intestinale, parfois une intervention directe sur les lésions.

- Geste de vidange intestinale :

La vidange efficace de l'intestin est beaucoup plus difficile à réaliser qu'il ne semblerait à priori.

L'aspiration gastro-duodénale :

Elle est très utile dans les occlusions hautes, à condition de vérifier radiologiquement la mise en place de la sonde dans le duodénum, et de s'assurer qu'elle n'est pas obstruée, et que soient compensées les pertes hydro-électrolytiques dues à l'aspiration. Cependant, il n'est pas toujours aisé de descendre une sonde de Miller-Abott. L'intubation a ses complications propres, bien décrites par CHAFFE. Elles sont de plusieurs ordres :

- 1) sinusites et otites
- 2) rétrécissement de l'oesophage
- 3) rupture de varices oesophagiennes
- 4) perforation gastrique ou oesophagienne
- 5) si on emploie une sonde de Miller Abott
 - impossibilité de ramener le tube en arrière
 - éclatement du ballonnet de mercure

FARRIS et SMITH en 1956 rapportent 260 cas d'ulcérations suivies de rétrécissement oesophagien, si bien que l'aspiration gastro-duodénale, geste très souvent efficace, est en tout cas difficile à prolonger plus de quelques jours chez l'adulte. Force est alors de recourir à une vidange intestinale opératoire.

La technique de vidange dépend du niveau où siège la distension intestinale : jéjunum ou iléon, ou les deux à la fois, de l'existence ou non d'une lésion localisée qui nécessitera un geste direct (en particulier résection intestinale), des habitudes du chirurgien.

On n'utilise pas assez souvent la mise en place de la sonde par courte gastrotomie avec enfouissement.

SMITH et FARRIS en décrivent 2.500 cas. En France, F. LAGROT; J. GRECOT et E. LAVERGNE font état de 48 gastrotomies temporaires de décompensation.

La technique en est simple :

"Incision de la paroi gastrique à mi-distance entre petite et grande courbure, à la jonction du tiers moyen, tiers inférieur de l'estomac. Une sonde à ballonnet type Folley n° 16 est mise en place, fixée dans la brèche gastrique par deux bourses superposées ; le ballonnet est ensuite gonflé avec environ 7 cc d'air. La sonde sortira de la paroi par une contre-incision pratiquée en un endroit tel qu'aucune traction intempestive, qu'aucune torsion de l'estomac ne soit réalisée. Avant

de fermer la paroi, la séreuse gastrique est accolée par quelques points à la séreuse pariétale. Il est capital, une fois la paroi fermée de maintenir le ballonnet gonflé accolé à la paroi gastrique, en exerçant une légère traction sur la sonde par un procédé de fixation quelconque.

Le rôle essentiel de la gastrotomie est d'évacuer l'air digestif stocké dans l'estomac et éventuellement la stase gastrique.

Dès le 3e-4e jour, elle peut être clampée ; mais il est préférable de la laisser comme soupape pendant une semaine environ."

Lorsque la distension atteint tout le grêle, il vaut mieux choisir une anse moyenne et non pas la ponctionner au trocart et fermer avec une bourse d'enfouissement - geste inefficace et dangereux - (risque de lâchage de la bourse lors de la distension post-opératoire) mais pratiquer au bistouri une véritable entérotomie de 2 à 3 cm sur le bord libre de l'intestin, introduire dans le segment proximal puis distal une canule d'aspiration multiperforée et fermer l'entérotomie aux points séparés de nylon ou de lin.

Lorsque la distension est iléale basse, on peut être amené à pratiquer une caecotomie sur une bandelette, aspirer le grêle et éventuellement le caeco-ascendant, et refermer là encore aux points séparés de matériel non résorbable.

L'anastomose interne

N'est mentionnée que pour être condamnée irrémédiablement. Il est complètement illogique de laisser en place des lésions susceptibles d'évoluer malgré la soi-disant dérivation interne.

L'intervention directe

Elle est l'intervention la plus fréquemment pratiquée :

- section de bride
- détorsion de volvulus
- désagglutination d'anse
- fermeture d'une brèche mésentérique
- résection d'une anse grêle ou d'un segment colique

Cette énumération englobe des gestes très simples et des interventions complexes surtout chez des opérés récents occlus ;

Elle suppose donc : une bonne rééquilibration

une bonne anesthésie

une grande habitude de la chirurgie abdominale

Voie d'abord

Elle doit être large ; en pratique il faut recourir souvent à la médiane, car habituellement le type de l'occlusion ne peut être affirmé de façon formelle. Les causes peuvent s'intriquer. Aucun élément de la cavité péritonéale ne doit être laissé dans l'ombre. Les réinterventions itératives ayant une morbidité et une mortalité d'autant plus lourde qu'on réintervient un plus grand nombre de fois.

INDICATIONS OPERATOIRES

Deux problèmes sont à résoudre :

- dans quels cas faut-il réintervenir ?
- attitude à adopter en fonction des lésions rencontrées ?

Dans quels cas et quand faut-il réintervenir ?

I - d'urgence lorsque les signes cliniques et radiologiques permettent d'affirmer l'occlusion mécanique, localisée, ou même lorsque un doute existe d'obstacle mécanique, lorsqu'un ou plusieurs signes d'occlusion mécanique sont réunis ou que les caractères de la première intervention permettent de prévoir l'éventualité d'une occlusion mécanique - par exemple, intervention sur foyer septique.

Mieux vaut réopérer inutilement que méconnaître une occlusion mécanique car le malade court un danger vital, sans méconnaître cependant que la réintervention même inutile a sa morbidité propre : iléus paralytique, abcès de paroi, éviscération, beaucoup plus rarement éviscération.

La date de survenue de l'occlusion n'est pas un critère à retenir pour décider de réopérer ou non - des occlusions mécaniques ultra-précoces peuvent se voir, des iléus tardifs également (68^e jour). Plus le malade est âgé ou fragile, plus il faut réintervenir tôt avant que l'état général ne s'effondre.

II - On dispose d'un délai de un ou quelques jours pour réopérer

- lorsque l'obstacle mécanique est formellement éliminé,
- lorsque l'équilibre hydro-électrolytique étant rétabli, l'iléus paralytique est stationnaire, ne cède pas complètement,
- lorsqu'on soupçonne une occlusion mixte inflammatoire et mécanique.

Il est important de juguler par les antibiotiques la part qui revient à l'inflammation dans cette occlusion. Dans certains cas, l'inflammation guérie, l'occlusion sera du fait même levée. S'il n'en est pas ainsi, force serait d'opérer, mais ou moins, on opérera un malade chez qui le risque infectieux est considérablement amoindri et qu'on aura eu le temps de rééquilibrer.

III - Si l'occlusion semble liée au drainage

Il faut enlever le drainage pour voir si l'ablation du matériel fait céder l'occlusion rapidement. S'il n'en était pas ainsi, on retombe dans le problème d'une occlusion mécanique, il faut réopérer sans tarder.

En tout cas, il ne faut jamais réopérer un occlus non rééquilibré. Mieux vaut attendre quelques heures que d'opérer un malade choqué. Le risque vital est lourd (c'est la complication post-opératoire qui tue le plus fréquemment et la morbidité post-opératoire est importante).

Tactique opératoire

Faire un inventaire complet de l'abdomen dans un ordre méthodique :

Le grêle est-il distendu ? Il faut remonter à partir de l'angle iléo-caecal pour voir s'il existe un grêle plat en aval. Remonter vers l'obstacle, voir s'il est localisé ou diffus.

explorer le colon de bout en bout

explorer le petit bassin

faire l'inventaire du foyer opératoire primitif

ne pas oublier d'explorer également l'étage sus-ombilical et les coupes.

Dès lors, trois cas :

1) un obstacle mécanique est formellement éliminé

Si la distension est peu importante, se contenter de mettre en place une sonde nasale en lui faisant franchir le pyllore.

Si la distension est importante, selon les cas :

entérotomie de vidange

(gastrotomie temporaire de décharge ou d'alimentation

(caecotomie

(dans quelques cas)

2) il existe un obstacle mécanique localisé :

- bride : la sectionner

- volvulus : détorsion simple si l'anse est saine
résection si l'anse est irrécupérable.

- coudure : libération

- incarceration d'anse : traiter l'anse, fermer la brèche.

3) Tout l'intérêt actuel de la question réside dans les péritonites plastiques avec ou sans abcès multiples.

La difficulté principale est liée au fait que l'exploration et le traitement des lésions sont intimement mêlés. Il faut libérer l'épiploon, d'ésagglutiner les anses. Et c'est seulement au terme de cette libération qu'on peut apprécier les lésions, sans toujours savoir formellement si les effractions d'anses préexistaient ou sont liées à une dissection laborieuse.

Pour cette raison certains estiment que devant de telles lésions, il faut reculer et s'en remettre à une aspiration digestive.

Cette attitude ne pourrait se concevoir que dans certaines péritonites adhésives lâches où le facteur mécanique semble pour le moins discutable, mais ce sont justement ces cas où la dissection est sans risque.

Par contre, dès que l'on se trouve devant un magma d'anses agglutinées il est très fréquent qu'elles cachent en leur sein un ou plusieurs abcès qu'il faut évacuer. Et très souvent, en amont, on retrouve des anses capotées, voire authentiquement volvulées. La co-existence de différentes lésions nécessite un geste adapté à chacune d'elles, et par conséquent le déroulement complet de l'intestin, des zones saines vers les zones où prédominent les lésions.

Au terme de cet examen, il faut lever les obstacles mécaniques, ne conserver que l'intestin de vitalité certaine, ce qui suppose parfois des sacrifices très importants (résection d'1,5 m de grêle : hémicolectomie droite par exemple).

En fin d'intervention, s'il n'existe pas trop de zones dépéritonisées, ranger soigneusement les anses en ordre, les recouvrir d'épiploon.

S'il s'agit d'occlusions récidivantes, on peut être amené à faire un Noble ou un Child. Mais le problème se pose rarement dans les occlusions post-opératoires immédiates. Nous n'y avons jamais eu recours.

RESULTATS

6 occlusions mécaniques pures

2 morts :

- 1 volvulus du caecum opéré trop tardivement (48e heure)
- 1 volvulus du grêle à ventre plat méconnu, découvert à l'autopsie.

4 guérisons avec 3 suites compliquées

Obs. 15 ; suppuration légère au niveau du drainage

Obs. 18 : suppuration de paroi nécessitant 3 réinterventions.

Obs. 18 bis : collapsus le soir de la réintervention avec troubles persistants du transit.

2 péritonites plastiques pures

2 guérisons simples après désagglutination.

On peut discuter la légitimité et l'efficacité de la réintervention de l'observation 19. Il existe certes une coudure, mais qui se libère très aisément. L'hypokaliémie n'était-elle pas en partie responsable de l'iléus ?

4 péritonites avec abcès

1 mort (obs. 21) opéré de péritonite appendiculaire, mort en hyperthermie, non réopéré. Il s'agit de la continuation du processus pathologique initial par persistance d'un abcès pelvien non évacué.

3 guérisons simples :

Obs. 22 : après hémicolectomie droite

Obs. 5 : après désagglutination d'anses et évacuation d'un hématome suppuré.

Obs. 23 : après résection itérative du grêle et appendicectomie.

2 iléus paralytiques

Obs. 24 réopéré à tort ; suites compliquées à J^h+20 d'éventration. guérison.

Obs. 25 non réopéré ; guérison.

Au total, 11 guérisons, 3 morts, dont certains peut être évitables par un traitement initial plus adapté ou par une réintervention faite à temps.

Traitement prophylactique

Autant on ne sait que préconiser pour prévenir les occlusions sur brides ou les volvulus du grêle. Autant dans les péritonites plastiques avec abcès on pressent le très grand intérêt du nettoyage minutieux et complet des épanchements intra-péritonéaux qu'ils soient sanglants ou purulents. Et dans l'observation 23, de la nécessité lorsqu'on résèque du grêle de faire l'anastomose en territoire sain.

C'est à ce prix qu'on évitera bien des interventions qui sont souvent salvatrices, mais en tout cas toujours périlleuses.

Enfin, dans certains cas (obs.19) l'administration de potassium à dose plus élevée aurait peut être aidé au rétablissement du transit.

C H A P I T R E I I I

PERITONITES GENERALISEES

Matériel d'étude : 6 cas

- 1) 2 péritonites intercurrentes par perforation d'ulcère gastro-duodénal :
 Obs. 25 - l'une à la 6e heure d'une appendicectomie reconnue et opérée trop tard, à la 12e heure - décédé.
 Obs. 26 - l'autre au 15e jour d'une oesophagectomie pour sténose - décédé.
- 2) 1 péritonite biliaire (obs. 27) par chute de drain de Kehr au 5e jour d'une cholecystectomie avec cholédocotomie - guérison.
- 3) 1 péritonite au 5e jour après appendicectomie - guérison (obs.28)
- 4) 2 péritonites par lâchage de suture digestive.
 Obs. 29 - lâchage d'iléo-transversotomie "palliative" pour néoplasme de l'angle droit. 1ere réintervention inadaptée. 2e réintervention : hémicolectomie droite trop tardive de la 5e semaine. Exitus.
 Obs. 30 - péritonite avec lâchage de suture au 5e jour d'une sigmoïdectomie. Guérison.

Sur 6 cas, il y eut 3 guérisons et 3 décès.

L'un par réintervention trop tardive avec faux diagnostic : obs.25

L'autre par réintervention trop tardive après 2 interventions inadaptées : obs. 29.

La cause du décès de l'observation 26 n'a pu être précisée.

Devant l'absence d'homogénéité de ces cas, nous envisagerons à propos de chaque observation les problèmes qu'elle comporte.

Observation 25 Monsieur M... 46 ans.

Perforation ulcéreuse intercurrente à la 12e heure d'une péritonite appendiculaire par diffusion, prise pour une embolie pulmonaire massive.

Histoire de la maladie

Le malade souffre violemment depuis 3 jours de la fosse iliaque droite avec température autour de 38°, des nausées.

- Aucun antécédent en particulier digestif.
- Examen : défense de la F.I.D. le reste de l'abdomen est souple.
- Toucher rectal : rien à signaler.

21.6.60. Intervention d'urgence (PAJOT)

Abcès appendiculaire de la fosse iliaque droite.

Mac Burney élargi.

Du pus franc s'écoule : prélèvement pour examen cytot bactériologique.

A l'ouverture du péritoine, petite brèche séreuse dans une anse grêle : suture aux points séparés en un plan.

Appendicectomie facile d'un appendice très inflammatoire ;

Nettoyage de la gouttière pariéto-colique et du Douglas.

Paroi en 3 plans au catgut avec pénicilline + streptomycine.

Après avoir laissé un Redon dans l'angle iléo-caecal, 2 crins sur la peau.

12 heures après l'appendicectomie, douleurs violentes à l'épigastre. Au milieu de la nuit, collapsus brutal, anurie, assourdissement des bruits du coeur, douleur de l'hypocondre droit due vraisemblablement à une hépatomégalie douloureuse.

On pense de suite à un infarctus du myocarde ou à une embolie pulmonaire, et l'on demande :

- un cliché pulmonaire qui est sensiblement normal, en dehors d'une discrète grisaille de la base droite.
- un E.C.G. : bloc de branche droit, axe droit, P pointu, qui oriente alors vers l'infarctus pulmonaire

Après traitement médical, lévophed et héparine, on intervient à la 16e heure avec le diagnostic de thrombose de l'artère pulmonaire.

22.6.1960. Réintervention. Docteur MONOD-BROCA -TESTAS PAJOT

1) artériotomie

2) suture d'ulcère perforé.

"Thoracotomie antérieure gauche, 4e espace. Aspiration d'un épanchement pleural séro-sanglant (200 cc).

Ouverture du péricarde devant le phrénique, coeur normal, artère pulmonaire tendue. Dissection de l'artère pulmonaire gauche extra-péricardique ; 2 lacs sur l'artère pulmonaire gauche. Bourse au lin sur l'artère pulmonaire gauche reliée à un tourniquet de Russuel

Belmont

Artériotomie pulmonaire au centre de la bourse : pas de caillot ; exploratrice soignée et complète en plusieurs fois du tronc et des 2 branches de l'artère pulmonaire, d'abord avec une pince à calcul, puis avec une sonde de Nélaton. Enfin, on clamp l'artère pulmonaire gauche à l'origine et on regarde dans la lumière de l'artère, elle est vide. Assez rapidement du sang rouge révient par le bout périphérique. Au moment de la recherche du caillot avec la sonde de Nélaton, il y a eu une déperdition d'un litre de sang environ rapidement compensée. Le coeur ralentit, ses contractions faiblissent : 3 cc de Cl_2Ca intraventriculaire droit rétablissent la situation rapidement.

Clampage de l'artère pulmonaire gauche et suture par 3 points de l'artériotomie (soie 4 zéro). Suture étanche. Artère pulmonaire non rétrécie.

4 points sur le Péricarde.

1 drain de Mathey.

Paroi habituelle au nylon.

Etat inchangé ; E.C.G. sur table : Q 3 a disparu.

La cause du collapsus restant mystérieuse, on décide de faire une boutonnière péritonéale pensant à un infarctus mésentérique. On découvre alors une péritonite généralisée d'odeur infecte.

En cherchant la cause on découvre 2 ulcères perforés juxta-pyloriques, les 2 orifices sont contigus et tout petits : 2 points de suture au lin; en tissu souple.

Aspiration du pus.

Fermeture en un plan sans drainage.

Terramycine et Tifomycine IV : 3 ampoules.

Décédé le 23.6.60 à 11 h 30 sans qu'on ait pu l'extuber.

Cette observation a posé de très difficiles problèmes diagnostiques. Puisqu'il s'agit d'une complication post-opératoire liée non pas à la maladie initiale, mais à une maladie intercurrente.

On pourrait penser à priori que l'on avait été leurré lors de la première intervention et que le liquide retrouvé dans la fosse iliaque droite n'était que le ruissellement le long de la gouttière pariéto-colique droite de liquide gastrique et qu'il s'agit d'une intervention initiale inadaptée. Il n'en est rien pour deux raisons :
-premièrement, l'appendice était gros, à la limite de la gangrène, et le compte rendu a noté " du pus franc s'écoule ". Le liquide retrouvé le lendemain était très différent.
-deuxièmement, la douleur en coup de poignard en plein épigastre survenue la nuit de l'intervention est très évocatrice du début post-opératoire de la perforation ulcéreuse.

Ce qui a égaré le diagnostic, c'est le collapsus brutal avec sa séquelle obligatoire d'anurie. Penser à l'infarctus pulmonaire était logique devant la gravité du tableau, d'autant qu'il existait quelques râles crépitants à la base droite, une légère grisaille à la radiographie et que l'E.C.G. montrait un axe droit.

Devant ce tableau, batard somme toute, l'E.C.G. a nettement fait pencher le diagnostic vers l'infarctus alors qu'en fait malheureusement, on a appris ultérieurement que les signes électriques étaient anciens et en aucun cas rattachables à un infarctus récent.

Si bien que logiquement le diagnostic d'infarctus pulmonaire porté, devant la gravité du tableau et l'inefficacité du traitement médical, il était logique de tenter une intervention de Trendelenburg.

Celle-ci a infirmé le diagnostic d'embolie pulmonaire, mais la brusque déplétion sanguine lors de la recherche du caillot n'a pas amélioré le fonctionnement de la pompe cardiaque.

C'est en désespoir de cause que l'on s'est tourné vers la cavité abdominale pour expliquer ce drame si précoce, après une appendicectomie aigüe banale et que l'on a retrouvé trop tard la véritable cause : une double perforation ulcéreuse gastrique.

Cette observation a le mérite de montrer avec quelle circonspection il faut poser le diagnostic étiologique de la complication post-opératoire et se rappeler avec quelle fréquence les complications de l'étage sus-mésocolique ont une séméiologie essentiellement thoracique. Pour une étude plus minutieuse du diagnostic et de la réanimation des perforations ulcéreuses, nous renvoyons à l'article de Pierre SUIFE dans MAC, intitulé "le choc des perforations des ulcères gastro-duodénaux en péritoine libre".

Nous avons eu à connaître l'erreur inverse, celle d'une réintervention au 30e jour d'une lobectomie pour suspicion de péritonite par perforation d'un ulcère cortisonique alors qu'il s'agissait d'une embolie pulmonaire.

Voici très résumée l'histoire de ce malade :

Monsieur P... 63 ans subit le 2 août 1963 une lobectomie moyenne pour kyste aérien.

Suites opératoires compliquées dès J+1 d'un épisode fébrile à 38°-39° bronchopneumonique avec flore polymicrobienne dans les crachats. Traitement : pénicilline 2 millions, streptomycine 1 g et tifo mycine 1,50 g et 50 mg d'hydro-cortisone pendant 3 jours, puis 25 mg pendant 2 jours.

à J + 6 cet épisode thoracique semble guéri.

Quand à J + 13, apparaît un oedème de la jambe droite et une accélération du pouls. On institue un traitement anticoagulant : 2 comprimés de Tromexane et 200 mg d'héparine.

à J + 18 apparaît un collapsus dont on ignore la cause. Ce collapsus réagit bien à la Néosinéphrine et à la Cortisone qui est reprise à la dose de 100 mg puis 75 mg.

de J + 18 à J + 30, le malade restera constamment sous Néosinéphrine et Cortisone. Pendant cette période la température devient hectique.

à J + 29, épisode nocturne de douleurs abdominales.

fièvre à 40°5

collapsus cardio-vasculaire

sans signe d'hémorragie.

Localement :

Douleur vive provoquée par la palpation de la moitié

droite du creux épigastrique avec défense musculaire localisée à cette zone et impression de masse pulsatile. A la radiographie, il n'y a pas de croissant clair. L'examen thoracique clinique et radiologique est négatif.

On évoque la possibilité d'un gros foie. Mais on ne peut éliminer formellement 2 autres diagnostics :

- 1) celui de perforation d'ulcère gastrique cortisonique,
- 2) celui d'aortite abdominale.

L'aspiration gastrique	}	n'améliorent pas la situation.
la glace sur le creux épigastrique		
l'arrêt de la cortisone		

à J + 30, on décide de réopérer sous anesthésie locale
Néosynéprine
Cortisone (200 mg)

pour s'assurer de l'absence de complication abdominale.

Cette réintervention élimine formellement toute complication abdominale.

Le lendemain soir le malade meurt dans un tableau de dyspnée avec cyanose modérée et d'un collapsus qui ne réagit plus au Levophed.

La vérification a montré qu'il s'agissait d'infarctus pulmonaires distaux disséminés dans les deux poumons au niveau des lobes inférieurs.

Le Professeur RUDLER a eu l'obligeance de nous confier une observation extrêmement curieuse de double perforation ulcéreuse et vésiculaire post-opératoires.

Observation 26. Monsieur R.

Malade opéré par le Professeur RUDLER le 10.11.53. pour syndrome de sténose oesophagienne.

- Médiane sus-ombilicale. Ulcère de la face antérieure D1 souple et mobile. Préparation d'une longue anse jéjunale en Y. Fermeture sans drainage.
- Résection de la 7e côte. Deux tiers inférieurs du poumon symphysés. Oesophage noyé dans une coulée de médiastinite serrée. Paroi blanchâtre nacré jusqu'à 2 travers de doigt en dessous de la crosse aortique. Résection oesophagienne en zone saine en haut, au cardia en bas (pas

de hernie hiatale). Fermeture du cardia, anastomose oeso-jéjunale termino latérale en 2 plans. Fermeture sur un drain.

Suites opératoires

- 1) épanchement pleural puriforme (fuite anastomotique ?)
- 2) à J + 10, syndrome abdominal grave.

J + 11 réintervention (Docteur MONOD-BROCA):

Ulcère perforé du duodénum + perforation vésiculaire.

On rouvre la médiane.

L'anse grêle isolée et montée dans le thorax apparaît normale (très légèrement cyanosée).

Ascite bilieuse (1,5 litre dans l'aspirateur).

On se dirige vers l'ulcus duodénal : il est perforé. Suture : un point en X plus 3 points d'enfouissement.

Il continue à s'écouler de la bile : perforation du bassinet vésiculaire grosse comme une pièce de 10 sous.

-cholécystectomie d'ailleurs facile.

-ligature du cystique à 1 cm du cholédoque.

-une mèche sous hépatique (contre-incision).

-gastrotomie antrale, type Gernez avec sonde d'Eudel enfoncée à 50 cm

-passage pylorique vérifié.

-paroi aux bronzes totaux.

Suites opératoires : exitus le lendemain de la réintervention.

Ces deux observations sont citées ici pour rappeler que le stress opératoire et les complications entraînées par l'intervention sont une cause parmi beaucoup d'autres, susceptibles de déclencher une perforation gastro-duodénale, et exceptionnellement une perforation vésiculaire.

Même si l'intervention initiale a été correcte et semble exclure la possibilité d'une complication post-opératoire, il faut toujours avoir à l'esprit la possibilité de survenue d'une autre complication qui nécessite une réintervention.

C'est une éventualité rare, reconnaissons-le, mais sur laquelle il fallait insister.

PERITONITE BILIAIRE

L'observation suivante, N° 27, est un bon exemple de péritonite biliaire par chute prématurée du drain de Kehr.

Les écueils du drainage cholédocien externe ont été minutieusement étudiés par SOUPAULT ainsi que dans la thèse de son élève LEBRUN.

Observation 27 . Madame P.. 53 ans.

Lithiase cholédocienne - cholédocotomie - fuite biliaire au 5e jour par chute du drain de Kehr.

Histoire

Le 20 juin 1962, la malade entre pour intèrre douloureux, fébrile, à répétition depuis 4 ans.

A l'examen, gros foie douloureux, très dur.

Les examens complémentaires 21.6.62. :

prothrombine 61 %

N.F.S. : GR 3.600.000

GB 8.600

tests hépatiques : thymol 80

Hanger négatif

cholestérol total 2,45 g

estérifié 1,55 g

Intervention le 26.6.62.

Médiane sus-ombilicale.

Il existe :

1°) une vésicule scléro-atrophique collée à la face inférieure du foie et sur laquelle vient adhérer intimement d'une part l'épiploon, d'autre part le duodénum, et l'on s'aperçoit au cours de la dissection qu'il n'y avait une fistule cholé-cysto-duodénale de faible calibre. Séparation du duodénum et de la vésicule.

2°) un énorme calcul du cholédoque situé un peu au dessus du bord supérieur du premier duodénum.

3°) un foie de cirrhose probablement cholostastique.

La dissection du triéped biliaire serait extrêmement difficile étant donné d'une part la vascularisation importante du petit épiploon, d'autre part les phénomènes scléro-inflammatoires qui rétractent les

éléments du pédicule hépatique.

- On commence donc par fendre verticalement la vésicule sur sa face inférieure, et l'on aboutit ainsi directement, sans l'intermédiaire du cystique, dans la voie biliaire principale.

- On se rend compte alors qu'il existait une large fistule cholécysto-hépatique aboutissant à une volumineuse dilatation du cholédoque à cet endroit, réalisant un aspect de loge dans laquelle on trouve un calcul unique, en bout de cigare de 4 cm X 2.

Après extraction du calcul, la bile noire, contenant quelques débris, coule en abondance.

- Il semble bien que le cours de la bile à peu près complètement entravé par la présence du calcul, ait emprunté successivement la fistule cholécysto-hépatique, la vésicule et la fistule cholécystoduodénale pour parvenir en petite quantité dans le duodénum.

La cirrhose paraît provenir de cette rétention biliaire chronique.

L'extraction de ce gros calcul est facile.

L'exploration du bas cholédoque montre qu'il est de taille absolument normale, et le franchissement de la papille est parfaitement facile.

- Vers le haut on explore attentivement les deux canaux hépatiques très dilatés, et l'on ne note aucun calcul important mais simplement quelques débris que l'on essaie de chasser par un lavage au sérum plusieurs fois répété.

Etant donné la nécessité où l'on est de prévoir une voie d'évacuation par ces débris, l'impossibilité de fermer correctement la brèche faite à la voie biliaire principale, l'inutilité d'une sphinctérectomie, on place un drain de Kehr dans la voie biliaire et l'on referme autour les bords de celle-ci.

- On tente de pratiquer l'exérèse de cette vésicule, et on s'aperçoit qu'elle est incrustée dans le foie, et que son ablation entraînerait une plaie notable de celui-ci.

On se résoud donc à cureter la muqueuse vésiculaire et à reformer par 3 points de nylon la plaie faite à la partie inférieure de l'organe.

Suites opératoires

J+3 : ballonnement abdominal important.

douleurs de l'hypocondre droit.

J+4 : Le ballonnement augmente cependant la malade a eu quelques gaz.

Les douleurs de l'hypocondre droit et du flanc droit augmentent ; mais on ne constate pas de contracture.

H.F.S. : GR 4.070.000

GB 10.500 dont PN 91

Réintervention

pour douleurs du flanc droit, ballonnement important, d'apparition récente chez une malade qui a déjà eu ses gaz.

Issue de bile par le drain de Kehr.

-On reprend la médiane sus-ombilicale.

Il existe une quantité importante de bile et de sang dans la loge sous-hépatique.

-Après nettoyage, on s'aperçoit que c'est le drain de Kehr qui est sorti du cholédoque à la faveur d'une déhiscence de celui-ci.

On replace un drain de Kehr plus gros, à branche plus longue.

-On réussit à placer un point sur le cholédoque, et après nettoyage soigneux de la grande cavité, on referme la paroi en 2 plans.

Suites de la réintervention

Elles sont fébriles, marquées par un abcès de paroi et une cystite malgré la streptomycine et la tifomycine administrées par voie générale.

J'+1

T = 37°8

P = 100.

le drain de Kehr = 250 cc

Réanimation

Arginine 1 flacon

S.G.I. 2.500 cc

ClNa 18 g

ClK 5 g

Vitamines K et C

J'+2

T = 39°

Kehr = 250 cc

S.G.I. 3 l

ClNa 24 g

ClK 5 g

polyvitamines.

J'+3

T = 38°

Kehr = 400 cc

S.G.I. 2 l

ClNa 18 g

ClK 3 g

extraits hépatiques.

J'+4

Abcès de paroi

Kehr = 350 cc

Crise polyurique = 2000 cc

S.G.I. 1,5 l

ClNa 12 g

ClK 3 g

J'+ 8

La fièvre remonte de 38° à 39°
Écoulement de pus par la paroi.

J'+13

On met à plat l'abcès de paroi et l'on installe un drain aspiratif de Redon par la contre-incision latérale du drainage. Rapidement la fièvre décroît.

Vers le 15e jour ablation du drain de Kehr.

Le 31.8.62. la malade sort avec une plaie non encore cicatrisée.

Commentaires

- Problèmes diagnostiques :

Le diagnostic de péritonite par chute de drain de Kehr n'a pas posé de problème. Il est évident sur la triade :

- 1) ballonnement abdominal
- 2) douleurs intenses de l'hypocondre droit
- 3) absence d'écoulement de bile par le drain de Kehr, mais écoulement de bile le long de la lame de drainage.

Il n'a pas été constaté de contracture franche, ce qui est banal au cours de péritonites biliaires.

La reprise partielle du transit peut s'observer et ne doit pas faire éliminer le diagnostic.

Cette malade n'était pas particulièrement agitée alors que CHAIPEAU décrit l'agitation comme le meilleur signe d'irritation péritonéale par la bile. Peut être est-ce le fait de la progressivité relative de la constitution de l'épanchement.

Quoiqu'il en soit, la lame de caoutchouc laissée dans la loge sous-hépatique a joué pleinement son rôle de regard sur la cavité abdominale.

Cette symptomatologie a été d'autant plus évocatrice que les conditions anatomio-pathologiques impliquaient l'éventualité d'une telle complication.

Il s'agissait d'une cholécystectomie particulièrement complexe avec fistule cholécysto-hépatique. On a été amené à pratiquer un drainage de Kehr de nécessité sur un cholédoque considérablement remanié et très hémorragique. Le drain de Kehr avait été taillé en gouttière avec une branche supérieure volontairement courte.

pour ne pas cathétériser un canal hépatique, mais réellement le cholédoque, sa consistance à posteriori a semblé un peu molle. La suture du cholédoque au dessus et en dessous du drain a été rendue franchement difficile par suite de l'existence à ce niveau d'un petit vaisseau qui saignait à chaque passage de point.

Les facteurs favorisant la complication sont donc :

- 1) les conditions anatomiques créées par la lithiase.
- 2) un drain de Kehr qui aurait dû être choisi plus gros et plus rigide pour pallier à la petitesse obligatoire de la branche supérieure.
- 3) la difficulté à fermer correctement la cholédotomie.

- Les problèmes thérapeutiques :

Ils ont également été simples :

Médiane itérative

Toilette très soigneuse de l'étage sus-ombilical et de l'espace inter hépato-diaphragmatique (les abcès sous phréniques résiduels et les péritonites plastiques à foyers abcédés multiples sont à redouter).

Mise en place d'un drain de Kehr adapté.

L'abcès de paroi résiduel n'est pas pour surprendre.

C'est la rançon de la guérison amenée par la réintervention précoce au 5^e jour, après 24 heures de préparation.

- Plus intéressants sont les problèmes de réanimation ; car on a été amené à opérer à 2 reprises une malade particulièrement fragile, franchement ictérique, dénutrie, porteuse d'une cirrhose nodulaire.

1) Apprécier quantitativement la perte de bile est facile à condition de vider à heure fixe le bocal de drainage biliaire. Encore faut-il s'assurer que le personnel ne mette pas à terre le bocal qui reçoit la bile qui s'écoule par le drain, mais qu'il laisse au contraire ce bocal au maximum à 20 cm en dessous du plan cholédocien, comme le recommande SOUPAULT, pour ne pas exagérer le débit d'écoulement biliaire.

Dans notre observation la déperdition biliaire a été modérée ce qui n'étonnera pas puisque le seul obstacle était un calcul cholédocien. Le bas appareil était intact et une notable partie de la bile transitait normalement.

Les seuls chiffres notés ont été pour les 4 premiers jours : 250 - 250 - 400 - 350. A tort la quantité de bile aspirée lors de

la réintervention n'a pas été notée.

Une fuite plus importante (plus de 1000 cc par jour) aurait plaidé en faveur d'un obstacle du bas cholédoque, l'obstruction du segment inférieur du drain étant exclue, puisqu'on avait pris la précaution de tailler le drain en gouttière.

2) Apprécier qualitativement la perte d'électrolytes est difficile.

H. CASS et COLLAB se sont attachés à cette étude : sur 14 malades ils ont constaté lors de mesures quotidiennes pendant les 5 premiers jours opératoires que le taux de sodium, potassium et des chlorures ne varie guère chez le même individu et d'un individu à l'autre :
Na : 144 /l - K : 5,25/l - Na + K 149/l - chlorures 120.

De plus, lorsque le déficit ionique de l'organisme est important les ions continuent à être déversés dans la bile à des taux voisins de la normale. Dans la bile, la perte en bases est supérieure à la perte en chlorures et la réaction est alcaline (Ph 7,7). La perte de bile par l'organisme tend donc à provoquer une acidose.

La concentration en électrolytes de la bile variant peu, la perte électrolytique est parallèle au volume drainé.

Ainsi en clinique il est suffisamment précis de calculer les pertes quotidiennes en bases et chlorures et de multiplier leur concentration moyenne par le volume drainé.

Les pertes au bout de 15 jours de drainage ou de fistule peuvent atteindre des chiffres énormes par accumulation de petites pertes quotidiennes non ou mal corrigées.

Ceci justifie des doses importantes de ClNa et de K administrées : de 18 à 24 g, qui expliquent en partie la crise polyurique du 4e jour, date à laquelle on a repris l'alimentation orale.

PERITONITE DU 5e JOUR APRES APPENDICECTOMIE

Observation 28. Enfant P.. 6 ans.

Entre le 1.9.1962, envoyée d'urgence pour crise d'appendicite.

A l'examen : abdomen souple, sans défense

avec légère douleur sus-ombilicale

Toucher rectal : douleur à droite et en haut.

T = 37°3, pouls 100

Antécédents : cuti négative.

rougeole - oreillons

Examens biologiques : N.F.S. : GR 4.400.000

GB 20.000 dont PN 84%

Le 2.9.1962 intervention d'urgence :

Appendicite subaiguë.

Mac Burney. Extériorisation d'un appendice long, latéro-caecal. Ectomie. Enfouissement au lin après double ligature du méso au catgut.

Paroi en 3 plans. Agrafes sur la peau."

J+3 : selle

mange bien

apyrétique

J+4 : ablation des agrafes

J+5 : la température monte en flèche à 38°9

pouls également à 125

brusque douleur abdominale.

Le 7.9.62, douleur très vive à l'ombilic ++ , fosse iliaque droite et région sus-ombilicale

toucher rectal : douleur à droite

N.F.S. : GR 4.950.000

GB 20.000 dont PN 84%

Réintervention d'urgence décidée avec suspicion de Meckel ou de syndrome du 5e jour.

Réintervention :

"Médiane sous ombilicale.

A l'ouverture du péritoine, issue de pus. Toilette péritonéale montrant le point de départ en regard du foyer appendiculaire.

Tifomycine in situ.

Lame au contact du foyer appendiculaire, sorant par l'ancienne cicatrice de la fosse iliaque droite.

Fermeture en 3 plans au nylon. Nylon sur la peau."

Traitement : pénicilline IM , streptomycine 1,50 g , ultralevure.

réanimation : S.G.I. 1250 cc + ClNa 2 g

J'+1 : la température descend de 39° à 38°

J'+2 : " " " " 38° à 37° - pouls normal

Ionogramme : K	4,75 meq
Na	140 meq
Cl	92
protides	19

J'+3 : ablation de la lame

J'+5 : arrêt des antibiotiques

J'+7 : ablation des fils restants

J'+10: sortante, cicatrisée.

Problèmes diagnostiques

Notre intervention n'a pas posé de problème diagnostique tant elle se calquait sur les observations de PELLERIN, rapportées à l'Académie de Chirurgie.

- ablation facile d'un appendice long et peu malade
- ligature de l'appendice et double ligature du méso au catgut
- section de l'appendice au bistouri
- iode sur la tranche de section
- enfouissement au lin.

Suites normales : transit rétabli au 3e jour, avec apyrexie, quant au 5e jour, signe prémonitoire : la température monte en flèche et le pouls s'accélère ; la région péri-ombilicale devient atrocement douloureuse ; le toucher rectal ne trouve pas d'abcès du Douglas ; la numération confirme l'infection : 20.000 blancs avec 84% de polynucléaires

Problèmes thérapeutiques

De propos délibéré, la voie médiane a été préférée à l'incision de Mac Burney itérative, pour permettre un meilleur nettoyage de

la cavité abdominale.

Le point de départ en regard du foyer appendiculaire fut noté tout en constatant que le foyer opératoire était normal par ailleurs ; les sutures et enfouissement avaient tenu.

Le traitement a consisté en une toilette péritonéale complète, en particulier au niveau du Douglas.

Une lame a été mise au contact du foyer appendiculaire sortant par l'ancienne cicatrice en fosse iliaque droite, après avoir déposé de la tifo~~my~~mycine localement

Les suites ont été simples : guérison complète en 10 jours.

Cette observation appelle quelques commentaires :

Sur le plan diagnostic, il eut été souhaitable de vérifier l'absence de Meckel lors de la première intervention, pour que la diverticulite de Meckel puisse être formellement éliminée dans les suites opératoires. De même lors de la réintervention, un prélèvement bactériologique était indispensable pour rechercher le germe causal et le tester (en général il s'agit d'un germe gram négatif) pour utiliser une antibiothérapie adaptée.

Quant à l'étiologie de cette curieuse complication, elle reste toujours aussi mystérieuse,

On ne peut incriminer l'enfouissement. Dans les 2 cas de P. MONOD-BROCA, le premier survint chez un enfant dont l'appendice avait été retiré avec enfouissement par un de ses maîtres, le second chez une adolescente opérée par lui sans enfouissement. Le premier, réopéré, guérit simplement. Le second qui n'avait pas été réopéré immédiatement a nécessité l'évacuation par rectotomie d'un abcès du Douglas vers le 15^e jour, laquelle fut suivie de guérison.

Notre observation n'apporte donc aucun élément nouveau concernant la pathogénie, mais confirme la nécessité et l'efficacité de la réintervention d'urgence.

Observation 29. Madame O.. 74 ans.

Le 19 août 1959, le Docteur MONOD-BROCA est appelé en consultation pour fistule stercorale post-opératoire.

Madame O.. a été opérée en juillet en occlusion (?) : iléo-transversostomie pour néoplasme de l'angle droit, paraît-il inextirpable.

Les suites ont été d'abord favorables, mais le 10 août le remplaçant du chirurgien qui avait opéré Madame O.. a pratiqué une réfection de la paroi qui a duré 1 h 50 au cours de laquelle il a trouvé une fistule stercorale et une carcinose (?). Il a mis une sonde de Pezzer, sortant par une contre-incision iliaque gauche, et porté un pronostic fatal.

La malade résistait toujours, la famille demande si on ne pourrait pas faire quelque chose.

Examen : malade obèse, graillo~~nnante~~^{nante}, avec phlébite gauche, début d'escharre sacrée très superficielle. Le flanc gauche est largement ouvert, donne issue à des matières. Cet orifice communique avec la médiane par où s'écoule du liquide grêle et colique.

La malade est sous antibiotiques et ne paraît pas avoir dépassé 37°5, depuis 3 semaines, mais certains jours la température n'est pas mentionnée sur la feuille (!)

Avec l'accord du chirurgien remplaçant, la malade est transportée dans une autre clinique où en 48 heures la situation s'aggrave considérablement, large désunion de la paroi, avec issue de matières et de pus ; le liquide intestinal érode la peau et malgré les mesures de protection entraîne de très vives douleurs. Dans ces conditions, on décide pendant que la malade est encore un peu hydratée de réintervenir.

E.C.G. : légers signes d'insuffisance coronarienne ; ionogramme subnormal ; urée sanguine = 1,50 g

Compte rendu opératoire 22 août 1959 (Docteur MONOD-BROCA) : péritonite généralisée par lâchage d'anastomose.

- 1) Mise en place d'un cathéter dans une veine.
- 2) Libération des anses intestinales. Il a été pratiqué une iléotransversostomie. Les 2 ouvertures intestinales sont séparées et l'anastomose

a entièrement lâché, les fils ayant coupé, on les voit d'ailleurs fort bien. Quelques abcès parmi les anses intestinales, dont un iliaque droit.

Libération du grêle et du colon transverse - Une fois ceci fait, on constate que la tumeur du colon droit est très mobile et que l'opération se trouvera à peine prolongée par une hémicolectomie droite, qui ne demande que 3 ligatures faciles à poser. Cela permet en outre l'ablation de la fin du grêle qui est en assez mauvais état. On termine par une iléotransversostomie portant sur la partie gauche du transverse en tissu parfaitement sain. Elle est pratiquée en un plan au lin.

Il n'y a pas de carcinose évidente, la partie du foie que l'on a pu explorer n'a pas montré de métastases. Pas d'adénopathies mésentériques évidemment cancéreuses.

La paroi a été nettoyée aux ammoniums quaternaires, la peau excisée en tissu sain. La fermeture pariétale se borne sur une zone à un recouvrement purement cutané, car le grand droit nécrosé s'est pratiquement éliminé entre la médiane et l'incision iliaque gauche. Drainage de Redon dans la région lombaire droite.

Opération peu hémorragique : hémorragie peropératoire 500cc
pertes par évaporation estimées à 1000cc

Perfusions	sang isogroupe	1000
	S.G.I.	500
	S. bicarbonaté	250

Terramycine IV per-opératoire

Bon pouls et bonne tension en fin d'intervention.

L'impression est relativement favorable, mais collapsus brutal 4 h 30 après l'intervention, alors que la malade est réveillée et consciente. Ce collapsus ne réagit pas au lévophed : IVG ? OAP ? Le drain de Redon a donné environ 100 g de sang et fonctionnait bien jusqu'au dernier moment.

Décédée à la 6e heure.

Observation 30. Madame C.. 73 ans.

Péritonite par lâchage de colotomie au 5e jour post-opératoire.

Malade opérée le 26 janvier 1963 pour néoplasme de l'angle droit découvert par lavement baryté à l'occasion d'un méloena et d'un amaigrissement récents.

Compte rendu opératoire (Docteur MONOD-BROCA) :

Sous anesthésie générale, on sent une tumeur de la taille d'une grosse orange, aussi mobile qu'une tumeur du mésentère.

Barraya droit. Femme maigre. Pas de métastase hépatique, ni d'ascite. K du colon transverse, au sommet de la boucle, assez grosse tumeur ; quelques ganglions sur la colique droite, peut-être inflammatoires. Pour réaliser une meilleure exérèse ganglionnaire, on pratique une hémicolectomie droite élargie vers la gauche. La section en amont de l'angle gauche portera au niveau de la jonction des territoires vasculaires de la colique supérieure droite et de la colique supérieure gauche, le territoire de chacune est bien visible.

L'opération se déroule selon les temps suivants. Ligature au ras du pancréas de la colique droite (ganglion), de l'iléo-appendiculaire, de l'arcade bordante du grêle, de l'arcade colique.

Résection du grand épiploon, y compris l'arcade de la grande courbure (ligature des vaisseaux droits) en raison des ganglions qui existent à ce niveau.

Décollement du colon droit. Anastomose iléo-colique termino-terminale en un plan au lin. Bonne fermeture du méso. Penrose lombaire. Paroi en étages au plastofil.

L'examen histologique montre qu'en dehors de la tumeur végétante de l'angle droit, lieberkuhnienne ; il existe une polypose diffuse, parfois dégénérée. Aussu demande t-on une rectoscopie, et le Docteur BARATGIN découvre un polype sigmoïdion à 18 cm, d'où réintervention. 9 février 1963 2e intervention à J + 14 (Docteur MONOD-BROCA)

Barraya gauche. Libération du colon lombaire. Colotomie, coloscopie (Dr BARATGIN) jusqu'à l'angle gauche et jusqu'au rectum. Aucun polype n'est visible. Fermeture de la colotomie.

Sigmoïdotomie et ablation du polype solitaire pédiculé (1 pince - 1 ligature). Fermeture de la sigmoïdotomie et remise en place du colon sans suture colo-pariétale. Il est à noter qu'en

ouvrant le ventre on est tombé sur une bride qui strangulait le grêle qui aurait très bien expliqué une occlusion aigüe qui n'existait pas, et qui était due à une adhérence du mésentère sur la ligne de suture iléo-colique. Par ailleurs cette suture est parfaite et les points ne sont plus visibles.

Péritonisation, fermeture plastofil en étages.

J+3 : température à 38° le soir avec douleur du flanc gauche.

J+4-J+5 : la température monte à 40° ; ballonnement d'où réintervention pour lâchage de la colotomie iliaque.

J+5 Réintervention (Docteur MONOD-BROCA) :

Barraya gauche. Gros abcès intrapéritonéal le long du colon gauche accolé. On extériorise le colon et l'on constate que tous les points sans exception ont lâché et tous du côté du mésocolon. Cette lèvre est d'ailleurs plus cyanique que celle du côté opposé, il s'agit vraisemblablement d'un défaut d'irrigation de la plaie colique. Extériorisation de la plaie colique en anus iliaque gauche sur baguette de verre. Libération du grêle et vidange de son contenu en majorité gazeux par iléotomie.

Il est à noter que la zone repéritonisée au cours de la 2e intervention est de nouveau déperitonisée avec adhérence d'une anse grêle dessus.

Fermeture de la paroi en un plan. Aspiration. Terramycine IV. Colimycine, Pénicilline, Streptomycine.

J'+1 : température à 37°

J'+3 : émission de selle

dès lors suites simples.

J'+7 : ablation de la baguette.

Sortie le 15 mars avec son anus appareillé.

Le 29 avril 1963, fermeture intra-péritonéale de l'anus iliaque gauche. Libération et excision du colon en laissant un pont postérieur intact. Suture en un plan au lin.

Paroi en un plan aux crins doubles, ne prenant pas la peau qui est laissée ouverte.

Sortie très bien au 8e jour avec ses fils qui sont retirés le 15e jour.

Les péritonites généralisées post-opératoires par lâchage d'anastomose digestive jouissent à juste titre d'une réputation d'extrême gravité. La seconde observation que nous venons de rapporter montre que détectées à temps par une surveillance correcte, elles peuvent dans un certain nombre de cas guérir.

L'observation 29 est un exemple des suites désastreuses d'une intervention initiale inadaptée. L'iléotransversostomie pour néoplasme colique droit est d'autant plus illogique que l'hémi-colectomie droite a pu être réalisée facilement, même dans les conditions les plus défavorables, à la 5e semaine environ d'une péritonite généralisée.

Au moins la première intervention faite au 15e jour, (dont malheureusement le compte rendu n'a pas été fourni) aurait pu rétablir la situation. Le chirurgien devant la fuite anastomotique signalée par l'issue de matières par la plaie aurait dû reprendre l'ensemble de l'intervention et pratiquer une hémi-colectomie droite, au lieu de se contenter d'un illusoire drainage de la fistule par une sonde de Pezzer.

Sur le plan clinique, cette péritonite généralisée a évolué pendant 5 semaines en climat peu fébrile (37°5). Ce qui est banal actuellement depuis les antibiotiques et la réhydratation parentérale. L'élévation progressive de l'urée sanguine jusqu'à 1,50 g témoigne de l'importance du catabolisme protidique au cours de cette péritonite.

Opérer cette malade agonisante était peut être plus courageux qu'utile. Au moins, la réintervention a mis en lumière les erreurs commises et démontré que, faite plus tôt, elle aurait laissé à la malade, intactes ses chances de survie.

La seconde observation (30) ressemble à la première en deux points :

- cancer du colon droit chez une malade sensiblement du même âge.
- 3 interventions en quelques semaines.

L'examen macroscopique et histologique de la pièce d'hémi-colectomie droite a montré l'existence de polypes dont l'un dégénéré. Dès lors l'intervention était incomplète. Il fallait vérifier le recto-sigmoïde à la recherche d'autres polypes et effectuer une

seconde intervention de propos délibéré à J + 14.

On peut discuter de l'obligation impérative de réintervenir. Georges KLEINFELD de New York signale une morbidité de 20% après coloscopie peropératoire (réactions fébriles, troubles du transit, ballonnement) et 7% de réinterventions pour péritonite. La péritonite est due à la meurtrissure des tuniques intestinales par l'appareil. Lorsqu'on retire le coloscope on souille la cavité péritonéale quelque soit la couverture antibiotique utilisée.

Comme cette intervention présente de réels dangers, GRIWELL et LAMB préconisent de ne pas réopérer les polypes à tige mince dont le potentiel de dégénérescence est inférieur à 1% ; par contre de réopérer les polypes dont la base d'implantation à un diamètre supérieur à 1 cm, dont le potentiel de dégénérescence est plus important.

Quoiqu'il en soit, il a été procédé à une coloscopie par colotomie. Cette colotomie a été compliquée d'un lâchage de suture à J+3 qui est signalé par des douleurs du flanc gauche.

de la fièvre

un ballonnement abdominal

La réintervention faite à temps au 2e jour de la déhiscence sigmoïdienne a été suivie de guérison.

PERITONITES AIGUES LOCALISEES POST-OPERATOIRES

Matériel d'étude : 2 observations

Obs. 31 : abcés du Douglas au 9^e jour d'une appendicectomie difficile: guérison spontanée.

Obs. 32 : abcés sous phrénique gauche après cure de hernie hiatale plus splénectomie.

Ce sont les deux sièges habituels des abcés post-opératoires. Cette fréquence est expliquée par la difficulté de drainer correctement le Douglas (point le plus déclive de la cavité abdominale), et les espaces sous-diaphragmatiques.

Observation 31 : Monsieur M.. 45 ans ; abcés du Douglas après appendicectomie.

Admis le 11.8.55. pour appendicite aigüe avec :

- contracture de la fosse iliaque droite
- température à 40°
- douleur très vive au toucher rectal
- brûlures et gêne à la miction
- leucocytose à 32.000 avec PN 82%

Compte rendu opératoire (Docteur MONOD-BROCA) le 11.8.55.

Péritonite appendiculaire ; appendicectomie.

Jalaguier ; gros bloc ilio-pelvien. On s'agrandit.

On sculpte l'appendice dans une gangue faite en arrière de la paroi ilio-pelvienne (les vaisseaux de la margelle et la spermatique sont très bien vus).

En bas, l'appendice tient au recto-sigmoïde et il faut le sculpter aux ciseaux, en avant on le décolle aux ciseaux du mé-sentère.

Un verre de pus.

Hémostase difficile car vaisseaux très friables.

Ectomie.

Enfouissement au lin.

Une mèche au contact de l'enfouissement, sortant par une contre-incision lombaire. Elle est rétro-caecale.

Paroi en un plan aux crins.

Histologie (Docteur RENAULT)

Macroscopie : appendice volumineux, rigide, entouré d'une gangue épaisse. Le tissu cellulo-adipeux inflammé est adhérent. La lumière appendiculaire semble perméable. La muqueuse érodée. Pas d'abcès vrai. Pas de perforation.

Histologie : il n'y a naturellement pas lieu de mettre en doute l'origine appendiculaire de cette péritonite, mais le contraste est grand entre la séreuse épaissie, congestive, oedématisée et suppurée en surface et la muqueuse appendiculaire qui est au niveau des prélèvements ou tout au moins apparaît à peine atteinte.

Suites opératoires

Pénicilline III - Streptomycine 1 g - glace.

J+1 : suites satisfaisantes : température = 38° ; pouls 90

sondage : 700 cc

ttt : antibiotiques

J+3 : état stationnaire ; température = 38°5 ; pouls 80

J+9 : toujours décalage de la température à 37°5.

douleurs abdominales

le toucher rectal découvre une collection qui bombe dans le Douglas.

Lavements tièdes quotidiens.

J+12: La collection du Douglas ne s'est toujours pas évacuée ,
température = 38°

N.FS. GR 4.410.000

GB 16.000 (PN 82% - N 80% - E 2 %)

J+14: les douleurs ont disparu

toujours pas d'ouverture de la collection du Douglas.

ablation des fils ; arrêt des antibiotiques.

J+18: l'abcès du Douglas semble s'amollir

vive douleur au toucher rectal.

J+19 : issue de sang et de pus

deffervescence : de 33°2 à 36°9

J+20 : aucun écoulement rectal

selle normale

température 36°6

J+20 à J+27 : apyrexie complète ; sorti le 7.9.55. guéri.

Conditions favorisant la formation de l'abcès du Douglas

-1) La forme même de l'appendicite, qui est ici à prédominance séreuse, explique très bien l'inflammation aigüe du péritoine adjacent. On peut penser qu'il n'est pas inutile de procéder à un examen histologique dans les cas d'appendicite aigües graves, pour préciser le maximum endo ou exo-appendiculaire des lésions. S'il s'agit d'une endo-appendicite, l'appendicectomie supprime radicalement le foyer infectieux ; s'il s'agit d'une exo-appendicite, il n'en sera plus de même.

-2) L'hémostase difficile.

-3) L'impossibilité de procéder à un nettoyage du Douglas, par suite du barrage fait par les adhérences au recto-sigmoïde et au mésentère.

-4) La mèche.

Le diagnostic a été facile étant donné que tout concourrait à la formation d'un abcès du Douglas.

Il se signale par de la fièvre et des douleurs abdominales.

Au 9e jour, apparition d'une collection dans le Douglas. La surveillance quotidienne permet de suivre pas à pas cet abcès.

Pendant 8 jours il reste stationnaire; le 9e jour, de vives douleurs au toucher rectal ainsi que l'amollissement du Douglas annoncent la fistulisation qui se produit au 10e jour, laquelle s'accompagne d'une brusque chute de la température.

Le traitement de cet abcès du Douglas a été médical : lavements tièdes et antibiotiques.

Il ne faut jamais procéder à une rectotomie trop précoce : abcès non collecté, risque relatif de blessure d'une anse intestinale. Cette rectotomie semble plus dangereuse chez l'homme que chez la femme.

Le traitement prophylactique consiste dans une hémostase très soignée et un nettoyage du pelvis chaque fois que cela est possible.

Observation 32 : Madame C.. 65 ans.

Madame C.. est opérée le 9.5.1962 pour hernie hiatale par glissement avec important reflux oesophagien et symptomatologie fonctionnelle très nette.

Antécédents :

Cure de fibrome avec prolapsus, par médiane sous ombilicale.

Aucun antécédent médical, en particulier pleuro-pulmonaire, par contre, malade obèse et assez hypotonique.

1962 Cure radicale de la hernie hiatale par voie abdominale plus splénectomie.

"Incision médiane sus-ombilicale, sans résection de l'appendice xyphoïde. Le jour obtenu n'est pas trop mauvais, mais on est gêné d'emblée par l'épaisseur des mésentères chez cette femme obèse, de sorte que l'on crée très rapidement une brèche au niveau du parenchyme splénique juxta-hilaire.

Cet incident oblige à pratiquer une splénectomie. On sectionne ensuite le ligament triangulaire gauche, ce qui permet de recliner vers la droite le lobe gauche du foie et d'aborder l'hiatus oesophagien.

Après incision du revêtement péritonéal, on isole le bas oesophage et le bord droit de la grosse tubérosité et on aborde ainsi l'hiatus oesophagien. Il est modérément élargi, les deux piliers ont une tonicité normale. Ils sont rapprochés par 3 ou 4 points de nylon peu serrés en arrière de l'oesophage

On plicature l'angle de His par 5 ou 6 points de nylon rapprochant le bord gauche de l'oesophage et le bord droit de la grosse tubérosité. Enfin quelques points de suspension de nylon anastomosent la région du bas oesophage et la grosse tubérosité à la face inférieure de la coupole diaphragmatique au niveau de la réunion des deux piliers.

Fermeture pariétale au nylon sous couvert d'un drain de

Goinard mis en place dans la loge splénique, plus un drain de Redon aspiratif.

Durée de l'intervention : 2 h 15.

Pendant l'intervention : 350 cc de sang.

Suites opératoires

J+0 : S.G.I. 1.500 cc

Redon 65 cc

J+1 : Température 38°5

N.F.S. : GR 4.600.000

GB 20.600 PN 80 %

Redon : 17 cc

Urines : 600 cc

J+2 : température 39°5

Quelques râles humides à la base gauche ; ttt : pénicilline 2 millions , streptomycine 1 g , ozothine.

Urines : 1,800 l

Redon 25 cc ablation du drain.

J+3 : Température 39°2

Urines 950 cc

Matité de la base gauche ; radiographie pulmonaire : opacité de la base gauche avec comblement du cul de sac gauche.

Ponction pleurale gauche : 20 cc de liquide citrin.

J+4 : Température 38°6

Urines : 1000 cc

Radiographie pulmonaire : opacité pleurale plus dense.

Réanimation : S.G.I. 2.000 cc - ClNa : 8 g - ClK : 4 g

J+5 : Chute de la température 37°8

J+6 : ablation du drain de Goinard qui n'avait rien donné

J+9 : Température : 38°6 ;

Devant cette fièvre désarticulée, on décide de reponctionner la plèvre gauche. Le réanimateur thoracique étant occupé ailleurs, la ponction est confiée à l'externe qui ramène 350 cc de pus franc. On s'étonne du passage à la purulence aussi rapide d'un épanchement jusque là citrin, et vérification faite on constate que l'externe avait piqué beaucoup trop bas, et par là même avait mis en évidence

un abcès sous phrénique !

Le pus est à staphylocoque sensible à tous les antibiotiques sauf à la polymyxine.

J+10 : L'évacuation du pus fait tomber la température à 37°2 ; on arrête les antibiotiques.

J+14 : N.F.S. : GR 3.540.000
GB 16.600 PN 82%

Mais de J+10 à J+19, la température remonte progressivement à 38°4.

J+19 : N.F.S. GR 3.600.000
GB 12.000

Aussi à J+20 on décide de tenter l'évacuation de cet abcès par un Redon, mis en place sous contrôle radiologique.

-On repère la matité radiologiquement par un index de plomb collé à la peau par un leucoplast.

A la radio, une grisaille avec vaste niveau liquide occupe tout l'hypocondre gauche, surélevant la coupole diaphragmatique et abaissant en bas et dedans l'angle colique gauche.

L'opacité thoracique de la base gauche par contre a diminué.

-Sous anesthésie locale, on vérifie avec une longue aiguille intramusculaire qu'on est bien dans l'abcès. Ensuite, l'aiguille servant de guide, on introduit un gros trocart à ponction d'ascite, retire l'aiguille guide et on introduit dans la lumière du trocart un drain de Redon qui évacue la valeur d'un verre de pus d'odeur fétide. Le drain est branché sur un flacon aspiratif.

De J'+1 à J'+4 le drain ne donne pas.

J'+5 : Température 37°4

Redon : 5 cc

J'+7 : Température 38°5

Redon : 125 cc

J'+8 : Température 38°

La radiographie confirme la diminution de l'épanchement ; l'angle colique gauche a repris sa place sous la coupole.

La malade insiste pour qu'on enlève le drain et pour quitter l'hôpital malgré la fièvre persistante.

2e séjour du 10.6.62. au 25.6.62.

Réveil de la douleur de l'hypocondre gauche.

Opression respiratoire

Pas de toux, ni d'expectoration

Température 38°5 ; G.B. 20.000

Examen radiologique : 1) épanchement de la base gauche

2) image hydro-aérique dont il est difficile de dire si elle correspond à un abcès du poumon ou à un abcès sous-phrénique.

Par ailleurs, l'abdomen est souple

le transit conservé ; aucun signe palpatoire de collection de l'hypocondre gauche.

Le lendemain, une nouvelle radiographie face et profil confirme la persistance de l'abcès sous-phrénique.

12.6.62. 2e réintervention

Récidive d'abcès sous-phrénique avec température à 39° et collection liquidienne visible à la radiographie.

Par voie postérieure, avec résection de 2 ou 3 cm de la 10 ou 11e côte ; évacuation d'un demi litre de pus dans lequel on remarque quelques débris nécrotiques que l'on fait analyser pour savoir s'ils représentent ou non des fragments de pancréas. Drain en caoutchouc.

L'examen histologique montre un tissu nécrotique inflammatoire. Il existe ça et là quelques formations glandulaires bien différenciées. Cet aspect joint à la présence d'une cytotéato-nécrose périphérique est très en faveur du diagnostic de nécrose pancréatique.

Aucun signe histologique de malignité.

Examen bactériologique : pus cytolysé. Très rares bacilles gram +.

Cultures négatives.

J" + 1 à J"+6 : température 37°2

J"+6 : changement de drain.

J"+10: ablation du drain.

J"+13: sortie guérie.

Conditions favorisantes de cet abcès sous-phrénique gauche

-1) Des deux facteurs ayant favorisé l'éclosion de cet abcès sous-phrénique, l'un est fréquent : l'hématome résiduel de l'hypocondre gauche après splénectomie chez un sujet gras. L'autre, sans être rare est moins connu : c'est l'écoulement intra-péritonéal de liquide pan-

créatique ou la nécrose partielle de la queue du pancréas lors des ligatures du hile splénique qui réalise une véritable "péritonéite postopératoire". Chez cette malade, l'attention a été attirée sur ce fait lors de la 2e intervention lorsqu'on a découvert mêlés au pus quelques débris nécrotiques. L'examen histologique l'a confirmé. Il faut donc être très vigilant et éviter d'englober des fragments de pancréas dans les ligatures des vaisseaux spléniques .

-2) Deuxième constatation : malgré l'importance du drainage initial : le drain de Goinard et le drain de Redon aspiratif, le drainage s'est révélé insuffisant.

Le drain de Goinard, laissé en place 6 jours, n'a rien donné.

Le drain de Redon a donné : J 0 : 65 cc
J+1 : 17 cc
J+2 : 25 cc

il est enlevé au 3e jour.

On peut se reprocher cette ablation précoce d'un drain qui somme toute donnait encore. Il semble qu'il faille mieux le laisser en place une dizaine de jours ; le drainage est plus efficace lorsque l'hématome est liquéfié.

D'autre part, le drainage était antéro-latéral, il eût mieux valu qu'il soit franchement lombaire, comme l'indique le succès immédiat de la 2e réintervention.

Diagnostic

Du diagnostic, nous dirons peu de choses, si ce n'est qu'il est aisé d'affirmer le caractère infectieux de la complication, difficile d'en localiser le siège sus ou sous diaphragmatique.

POILLEUX rappelle la fine sémiologie de ces abcès sous-phréniques tout en reconnaissant que c'est la ponction associée à l'examen radiologique qui permet de faire le diagnostic en ramenant du pus.

Pour diagnostiquer tôt un abcès sous-phrénique il faut :

- 1) être sûr lors de l'intervention initiale de l'absence de lésion pleuro-pulmonaire évolutive.
- 2) éliminer autant que faire se peut en per et post-opératoire les facteurs de complication mécanique ou infectieuse des voies respiratoires par un traitement prophylactique, à savoir :

- ne pas administrer de produit favorisant la sécrétion bronchique.

- assurer une ventilation per-opératoire correcte.
- aspirer en fin d'intervention les sécrétions non seulement pharyngo-trachéales, mais également bronchiques droites et gauches.
- favoriser après l'intervention l'expectoration des sécrétions broncho-trachéales par des manoeuvres efficaces actuellement bien codifiées.

Dans ces conditions, l'apparition de fièvre, de douleurs de l'hypocondre gauche, d'inappétence, de leucocytose avec polynucléose sont à mettre sur le compte d'un abcès sous-phrénique, même si la ponction pleurale ramène un peu de liquide citrin. Cet épanchement pleural est banal après splénectomie et même simple cure de hernie hiatale. Par contre, une fois sur deux il est signe d'une complication abdominale post-opératoire (Melle MENARD)

La radiographie confirme l'impression en montrant en scopie une immobilité de la coupole gauche qui est surélevée, un refoulement en bas et en dedans de l'angle colique gauche et après ponction sur le cliché de profil une image de niveau liquide, surmonté d'une bulle gazeuse, plus ou moins importante.

Seule la ponction guidée par la radiographie avec repérage cutané permet d'affirmer le diagnostic lorsqu'elle retire du pus.

Sur le plan thérapeutique

Dans un premier temps il faut instituer un traitement antibiotique en fonction de l'antibiogramme effectué sur le germe retrouvé à la ponction.

Si ce traitement ne fait pas céder complètement douleurs et fièvre, rétrocéder les images radiologiques et les signes biologiques, ce qui fut le cas ici, sans plus attendre, il faut drainer au point où bombe la collection. Ce point est souvent latéral ou postérieur.

La voie doit être choisie en fonction de 2 impératifs en partie contradictoires. Eviter d'entrer dans la plèvre (en fait celle-ci est toujours plus ou moins cloisonnée du fait de la réaction pleurale associée) et faire un drainage suffisamment large. Aussi certains préconisent-ils une voie extra-pleurale, rétro-péritonéale. D'autres, une voie sous-pleuro-transdiaphragmatique.

Dans notre observation, une voie postérieure fut utilisée avec résection sur 2 à 3 cm de la 10 et 11 côtes gauches ; elle fut parfaitement efficace avec drainage pendant 10 jours et sortie de la malade au 13e jour complètement guérie.

C H A P I T R E I V

FISTULES DIGESTIVES POST-OPERATOIRES

Matériel d'étude : 4 observations

- Obs.33 : fistule iléale au 13e jour d'une intervention de Noble.
- Obs.34 : fistule colique compliquée de fistule entérocolique au 30e jour d'une colectomie pour plaie de guerre.
- Obs.35 : fistule colique au 6e jour d'une hémicolectomie gauche, guérie par drainage prolongé par Redon.
- Obs.36 : décrite au diagnostic différentiel des hémorragies page 11 Il s'agit d'une fistule colo-rectale au 3e jour d'une intervention de Reybard pour cancer de la charnière recto-sigmoïdienne.

Etiologie

La plupart des fistules intestinales sont causées par des "accidents opératoires ou des erreurs de jugement", souvent évidents parfois totalement méconnus. Parmi les multiples causes, citons :

- la blessure per-opératoire d'une anse ou sa manipulation traumatisante.
- les fistules après ligature intéressant un vaisseau intestinal
- les fistules après suture intestinale (lâchage d'anastomose)
- blessure d'une anse au contact d'un fil métallique
- après drainage par Mickulicz laissé trop longtemps
- ulcération sur drain de caoutchouc
- ulcération au contact d'une mèche

Le Docteur MONCD-BROCA insiste sur cette cause : "Comment peut-on penser que la compresse oubliée est maléfique et que la mèche volontairement laissée en place serait bénéfique ?" L'observation 13 en est un exemple.

Deuxième grande cause : fistulisation de l'intestin au contact d'un abcès péricolique. C'est le principal mécanisme pour les fistules coliques.

Enfin, les fistules coliques s'observent fréquemment au cours des affections néoplasiques.

OBSERVATION DE FISTULE DU GRÈLE PURE : un cas

Observation 33 : Madame L.. 59 ans, fistule du grêle 13 jour après une intervention de Noble

Histoire : long passé chirurgical

1926 : ablation d'un kyste de l'ovaire gauche

1944 : annexectomie pour GEU

1947 : opérée à 2 reprises : volvulus du sigmoïde
puis hystérectomie

1949 : opérée d'occlusion mécanique par bride

1959 : occlusion intestinale sur bride.

Compte rendu opératoire :

"Malade ayant subi 5 interventions chirurgicales, dont deux pour occlusion intestinale. Syndrome occlusif datant de 48 heures qu'on traite médicalement pendant 24 heures. Amélioration relative, cependant vu le diagnostic étiologique probable d'occlusion par bride, on intervient.

Médiane à cheval sur l'ombilic. Il s'agit d'un volvulus du grêle sur une bride allant de la paroi abdominale antérieure à l'intestin, environ 70 cm en amont de la valvule iléo-caecale. Libération de cette bride et de quelques adhérences. Toilette péritonéale. L'état des anses intestinales n'est absolument pas alarmant. Fermeture en un plan total au nylon. Nylon sur la peau."

4 juin 1960 : occlusion itérative

Compte rendu opératoire :

Actuellement, occlusion peu serrée de la 2e anse jéjunale basculée sur le flanc gauche par une bride adhérentielle.

Libération de la bride. Reposition des anses, et fermeture de la paroi en un plan au nylon. Agrafes à la peau.

15. juillet 1962 : O.I.A. itérative. Intervention de Noble:

"Médiane à cheval sur l'ombilic. Libération des anses qui adhèrent à la paroi au niveau de la cicatrice.

Au cours de ce temps l'une des anses est perforée. Libération de tout le grêle de bas en haut. Résection de l'anse perforée et suture en un plan. Suture du méso.

Opération de Noble en commençant à l'angle iléo-caecal. Les différentes anses de 20 cm environ sont suturées entre elles par des

surjets au lin. Réintégration de la masse intestinale dans l'abdomen.

Fermeture en un plan ; péritoine et aponévrose au nylon.

Sous-peau au catgut. Peau au nylon.

Un drain sortant par une contre-incision gauche."

Suites opératoires

J+10 : apparition d'une fistule du grêle paraissant assez bas située sur l'intestin, car la peau n'est pas entamée. L'état général est bien conservée

J+12 : réintervention :

"Réouverture de la plaie opératoire.

La fistule siège à la partie basse du grêle en une zone d'adhérences très serrées à la paroi.

La dissection conduit à de nombreuses effractions intestinales et finalement à la résection d'un mètre environ d'intestin grêle. Le rétablissement de la continuité est assuré par une anastomose termino-terminale en un plan, points séparés de nylon fin.

Finalement, il reste environ 2 m 50 à 3 m de grêle à partir de l'angle duodéno-jéjunal sur lesquels les adhérences créées par l'opération de Noble ont été respectées.

Ce grêle est situé dans la fosse iliaque gauche, et de là 50 cm environ descendant obliquement et à droite pour aboutir à l'angle iléo-caecal.

Péritonisation aussi soigneuse que possible.

Tifomycine en suspension dans la cavité péritonéale.

Pose d'une lame par une contre incision dans le flanc gauche.

Fermeture de la médiane en 2 plans au nylon."

Réanimation :

J+0 : S.G.I. 3 l
ClNa 12 g

J'+1: S.G.I. 3 l
ClNa 12 g
ClK 4 g

J'+2: S.G.I. 3 l
ClNa 20 g
ClK 5 g

J'+3: S.G.I. 3 l
ClNa 20 g
ClK 5 g

J'+4 : reprise du transit.

Sortant vers le 15e jour.

3e hospitalisation : pour éventration de la fosse iliaque gauche sur le trajet du drain.

Réintervention le 8.11.1962 :

Incision iliaque gauche.

Dissection du péritoine et ouverture.

Libération de l'épiploon qui adhère intimement au péritoine.

Fermeture péritonéale.

Fermeture de la paroi en 2 plans : transverse petit oblique au Tergal 0 , grand oblique au Tergal I.

Agrafes sur la peau.

Suites opératoires simples.

De multiples travaux ont été consacrés aux fistules du grêle. Parmi eux, nous nous sommes largement inspiré de la thèse de COHERS pour rédiger les lignes qui vont suivre.

Gravité

On oppose les fistules hautes du jéjunum assez rares, mais graves aux fistules iléales, plus fréquentes et souvent mieux tolérées.

TSCHEMARKO 1932 : siège iléal inférieur 21 cas - 14% décès

jéjunal 3 cas - 33% décès

MAC-KIRDIE 1954: siège iléal inférieur 7 cas - 14% décès

jéjunal 4 cas - 50% décès

GERMAIN 1962 : 5 fistules graves après appendicectomies ; 2 décès (embolie pulmonaire massive chez des malades cachectiques).

BOWLIN 1962 : 15 fistules du grêle - 33% de décès.

Clinique

Début : souvent vers le 10e jour.

il peut être brusque marqué par une péritonite généralisée, ou se faire à bas bruit : écoulement anormal par le drain
douleurs abdominales
fièvre

La gravité du tableau clinique est lié

1°) à la taille de la fistule :

grande : désordres métaboliques intenses
cicatrisation cutanée très lente

petite : c'est l'inverse.

2°) surtout au siège de la fistule :

fistule jéjunale haute

Écoulement abondant de liquide entraînant une chute de poids rapide et une oligurie, une fuite importante d'électrolytes, une baisse de la prothrombine ;

L'orifice externe est souvent rouge, douloureux, ulcéré par le liquide duodéno-pancréatique.

fistule iléale basse

Écoulement liquidien moins important, moins corrosif, perte de poids passagère, douleurs moins exténuantes, cicatrisation plus facile, car l'intestin grêle a pu exercer son rôle absorbant et les matières fécales sont plus solides.

Cependant à ce niveau, le liquide intestinal est infectant et le risque de péritonite et de périviscérite est grand. L'irritation cutanée est souvent peu marquée.

CATTELL a dit de l'iléostomie qu'elle est une infirmité supportable compatible avec une vie normale.

Formes cliniques très nombreuses.

Entre ces deux extrêmes, existent les fistules du grêle moyen.

Les fistules peuvent être uniques ou multiples : grèles pures ou iléo ou jéuno-coliques, être partielles ou totales, dériver les matières complètement ou incomplètement selon l'existence ou non d'un éperon, être associées à d'autres lésions péritonéales intestinales ou pariétales.

Cette extrême diversité explique la difficulté de codifier le traitement.

Traitement

Il est d'abord médical

- 1) lutter contre la dénutrition et remplacer les électrolytes
- 2) réduire l'écoulement : l'insuline diminuerait la sécrétion pancréatique, de même le chlorure de calcium ; on peut utiliser la belladone et l'atropine.
- 3) s'acharner à protéger la peau : soit par aspiration continue
soit en collant des sacs de plastiques adhésifs du type de ceux utilisés comme appareillage des anus artificiels.
soit en protégeant les bords de la fistule par oxyplastine etc...
- 4) lutter contre l'infection par les antibiotiques par voie générale et les sulfamides intestinaux.

Ce traitement médical dans certains cas est suffisant. Ainsi, SIMON (de Montfermeil) a observé 6 fistules du grêle sur 2000 appendicites aiguës opérées ; toutes ont guéri médicalement.

Traitement chirurgical

Il y a les méthodes directes :

- fermeture extrapéritonéale dérivée de Malgaigne
- fermeture intrapéritonéale : par suture de la brèche fistuleuse
par suppression du segment atteint.

et les méthodes indirectes;

Elles consistent en enteranastomose au pied de l'anse, exclusion uni ou bilatérale.

Les indications sont basées sur : la taille de la fistule
l'unicité ou la pluralité
le retentissement sur l'organisme

- Les fistules petites, incomplètes, n'altérant pas l'état général, peuvent guérir médicalement. Si la dénutrition apparaît il faut traiter chirurgicalement.

- Dans les autres cas, voici comme GERMAIN codifie le traitement :

"L'importance de la déperdition liquidienne aggravée par l'occlusion engendre rapidement un état de dénutrition mal combattu par la réanimation.

Par conséquent, dans les fistules à gros débit, il n'y a pas intérêt à trop attendre l'heure du traitement chirurgical.

Malgré les difficultés opératoires rencontrées, l'intervention doit être conduite en un temps et obéir aux principes suivants :

- abord pariétal large en zone saine

- libération intestinale étendue et partant au delà des zones de péritonite localisée et des noeuds occlusifs.

- la suture de la fistule après ébarbage ne comporte que des indications limitées. Elle n'est guère valable que pour les fistules caecales. Plus souvent, une résection étendue est nécessaire par hémicolectomie droite ou entérectomie."

La guérison en 15 jours de la fistule du grêle après intervention de Noble(obs. 33), malgré la très grande difficulté de la réintervention et le sacrifice d'une quantité importante de grêle prouve l'intérêt des interventions directes dans les fistules du grêle.

FISTULES COLIQUES

Observation 34 : Monsieur C.. mulsulman d'une vingtaine d'années blessé en opération le 8 juin à 14 heures, évacué sur l'antenne chirurgicale par brancardage où il est vu à 22h30, soit 6 h 30 après

plaie lombo-abdominale gauche par balle :

- 1) orifice d'entrée sous costal petit
- 2) orifice de sortie très important X 4

avec éviscération colique, dans la fosse lombaire :

- 3) sondage : hématurie
- 4) choc très intense ; la T.A. est au voisinage de 5, le pouls incomptable.

Intervention (Docteur SCHIMMEL)

Anesthésie générale : penthotal, protoxyde oxygène, curare.

Réanimation : 500 cc de sang seulement

2 litres de sérum hypertonique à 100/1000

Incision de Barraya.

Bilan des lésions :

- 1) 2 orifices dans le transverse:
- 2) plaie du méso-colon gauche avec plaie de la veine mésentérique inférieure et de la colique supérieure gauche ; l'angle colique gauche est dévitalisé:

Le colon transverse, l'angle colique gauche et le colon descendant sont entièrement mobiles ce qui facilite les temps suivants :

- 3) abord du rein gauche : il est rompu en 3 fragments, pas de lésions viscérales

Traitement des lésions : - néphrectomie gauche

- colectomie segmentaire

emportant la moitié gauche du colon transverse, l'angle colique gauche et une partie du colon ascendant.

Anastomose termino-terminale en 2 plans bord à bord, selon la technique Delvoye (une sonde de Pezzer est passée dans la partie antérieure de la suture et ressort à la peau. La face antérieure de l'anastomose est extra-péritonisée).

- Un drain est passé dans l'orifice

de sortie de la balle.

- Parage de l'O.E.

Suites immédiates

Contrairement à toute attente, favorables :

-transit au 3e jour

-ablation de la Pezzer au 7e jour

-pas d'anurie post-opératoire

15 jours plus tard, le blessé est transféré au centre de triage.

Mais secondairement :

au 30e jour : apparition par l'orifice de sortie d'une fistule colique gauche, avec issue de matières et de gaz ; altération importante de l'état général.

L'orifice par où sortait la Pezzer suinte légèrement, mais ne donne pas issue à des matières ou à des gaz.

Réhospitalisation

Traitement : régime sans résidu, protéinothérapie importante, antibiotiques (tifomycine, streptomycine).

La fistule se referme progressivement et ne donne plus issue qu'à des gaz au bout de 3 semaines.

Le transit se fait par l'anus, en diarrhée.

Et l'on est frappé par le contraste entre la fermeture spontanée de cette fistule et la diarrhée persistante et l'altération importante de l'état général.

On réintervient alors, un mois après l'apparition de la fistule colique le

10.8.62. Compte rendu opératoire :

Incision lombo-abdominale gauche, partant du flanc gauche du point où sortait initialement la Pezzer et atteignant la fosse lombaire gauche emportant l'O.S. initial.

Mise à plat du trajet fistuleux et on arrive sur la zone d'anastomose ; on constate :

a) qu'il y a une fistule iléo-colique sur la face postérieure de l'anastomose qui est libérée.

b) que la recherche minutieuse d'une fistule colique macroscopique (qui existait au départ puisqu'il y avait issue de matières et de gaz par la paroi) est négative. On ne la retrouve pas macroscopiquement.

Traitement :

- a) on fait sauter l'extrapéritonisation antérieure
- b) suture au nylon de l'orifice fistuleux sur le colon
- c) résection d'une courte portion de grêle porteuse de la fistule
- d) fermeture pariétale en un plan au nylon après avivement.

Suites opératoires simples :

- reprise du transit normal
- amélioration spectaculaire de l'état général. Le sujet sort au bout de 30 jours en parfaite santé.

Observation 35. Monsieur L... 77 ans, fistule colique évitée par drainage prolongé.

Envoyé au Docteur LATASTE le 31.8.60. pour occlusion intestinale aiguë ayant commencé 48 heures plus tôt.

Lavement baryté : sténose sous angulaire gauche très serrée, avec dilatation sus-jacente.

Examen clinique : masse dans l'hypocondre gauche, foie normal.

Bilan biologique normal

Mis en aspiration + perfusion

1.9.60. Intervention (Docteur LATASTE) :

"Petite incision sous costale gauche.

Anus sur baguette para-angulo-colique gauche.

Pas d'exploration abdominale afin d'éviter des adhérences au cours de la réintervention."

Suites

J+1 : ouverture de l'anus

Aspiration 48 heures.

Traitement anticoagulant 5 jours

J+22 : Colectomie gauche (Docteur LATASTE - PAJOT) :

Fermeture première de l'anus transverse.

Incision de Barraya passant par l'anus :

grosse tumeur, pas de métastase hépatique, petit ganglion à l'origine de la colique supérieure gauche.

légère adhérence à la loge splénique facilement libérée.

Ligature de la colique supérieure gauche à son origine.

Résection du ligament gastro-colique dans son tiers gauche.

Colectomie segmentaire enlevant la tumeur et l'anus temporaire.
 Anastomose termino-terminale en un plan transverso-sigmoïdien.
 Péritonisation isolant la zone de décollement sur 2 drains aspiratifs.
 Paroi en 2 plans catgut chromé, nylon ; une lame pariétale.
 Dilatation anale (anus très étroit).
 Sonde gastrique."

Histologie : épithélioma Lieberkühnien colloïde mucosécrétant, infiltrant, dépassant le plan de la musculuse. Pas de propagation néoplasique le long des axes vasculaires, ni de ganglion.

Suites

immédiates très simples :

aspiration 3 jours

selle au 3e jour

le drain aspiratif ne donne pratiquement rien pendant 5 jours

température 37°5

Puis brutalement, à J+6, pus fétide par les drains aspiratifs : le 1er jour 200 cc environ ; la température oscillant entre 38° et 38°5. Les drains donnent 50 cc pendant plus de 10 jours (soit 700 cc au total !)

Vers le 15.10.60 ; ablation des drains aspiratifs.

Le 29.10.60, ablation sous anesthésie générale des fils de nylon totaux au niveau de la fermeture pariétale de l'anus temporaire.

Le 2.11.60. le malade sort en très bon état général.

Conclusion : ce malade aurait certainement fait une fistule colique au niveau de l'anastomose sans les drains aspiratifs ; le pus était tellement fétide qu'il n'est pas exclu que ce furent des matières liquides. La durée de l'écoulement (plus de 3 semaines) plaide pour cette hypothèse.

Observation 36 : voir supra

Problèmes diagnostiques:simples

La date du début est variable. La fistule se signale par un écoulement stercoral.

Obs. 36 : début à J+3.

derrière le drain pelvien apparait du liquide stercoral ; parallèlement tableau de suppuration profonde : frissons, teint jaune, oligurie ; certain degré de collapsus.

Obs. 35 : début à J+6

du pus fétide s'écoule par le drain

Obs. 34 : début à J+30

matières et gaz s'écoulant par le drain; altération de l'état général.

On traite cette fistule médicalement; en 3 semaines elle ne donne plus que des gaz.

Mais la réintervention est décidée sur 2 signes :

- persistance de l'atteinte de l'état général
- existence d'une diarrhée par la fistulisation antérieure de l'anastomose.

La réintervention a confirmé la guérison de la fistule colique et l'existence d'une fistule entéro-colique qui a dû se faire par le biais d'un abcès péri-colique.

Beaucoup plus intéressants sont les problèmes thérapeutiques

Traitement

Le traitement médical conservatoire est justifié tant que le drainage est efficace et que l'état général n'est pas gravement altéré.

Ce fut le cas de l'observation 35.

Pendant 5 jours, les drains de Redon mis dans le décollement colique gauche n'avaient rien donné. S'ils avaient été enlevés à cette date, il est probable qu'une fistule colique sérieuse se serait produite, puisque brusquement à J+6 : 200 cc de pus fétide les 10 jours suivants, 50 cc par jour, soit 700 cc au total.

Cette observation plaide en faveur de l'efficacité du drainage des espaces rétrocoliques par les drains de Redon et surtout

en faveur du drainage prolongé.

Quand l'état général s'altère, qu'apparaît de la diarrhée ou que s'installe un tableau de suppuration profonde, il faut opérer. Si l'état général est grave, le plus vite possible (obs. 36), 2 jours après la découverte de la fistule.

Modalités de la réintervention

Impossible à codifier.

Généralement, mise au repos de l'anastomose par dérivation temporaire d'amont, parfois réfection de l'anastomose en zone saine, avec éventuellement résection associée du grêle.

Souvent intervention pour mettre un drainage mieux adapté dans la région où se trouve l'anastomose.

Résultats

3 cas, 3 guérisons :

- 1 fois par drainage de Redon prolongé
- 1 fois par suture de l'orifice fistuleux sur le colon avec entérectomie d'une anse grêle fistulisée dans le colon.
- 1 fois par anus temporaire en amont et drainage de la suppuration rétro-anastomotique par drain de Penrose sortant à la fesse et iléostomie de vidange.

La seule complication post-opératoire a été observée dans ce dernier cas : troubles électrolytiques post-opératoires (obs.36).

C H A P I T R E V

EVISCERATIONS

Généralités

La fréquence des éviscérations post-opératoires n'est pas très élevée. SOKOLOV a pu réunir 725 cas, dans une enquête faite auprès de 187 chirurgiens allemands en 1932. Le pourcentage d'éviscération oscille entre 0,03% et 3%. Elle est deux fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme et aussi dans les interventions abdominales supérieures, sur des néoplasmes et en incision médiane.

BETTMAN et LICHTENSTEIN purent réunir en 10 ans sur 7500 laparotomies (excluant les appendicectomies) 32 cas, soit 0,43 %

Matériel d'étude

- Obs. 37 : éviscération 14 jours après cure de fistule appendiculo-caecale.
- Obs. 38 : fistule gastrique et éviscération au 12e jour d'une gastrectomie d'urgence pour hématoméose ulcéreuse au cours d'un traitement corticosonique.
- Obs. 39 : fistule iléale et éviscération au 5e jour d'une colectomie droite pour tumeur inflammatoire du caecum.
- Obs. 40 : éviscération au 10e jour d'une laparotomie exploratrice pour cancer de la prostate.
- Obs. 41 : éviscération au 4e jour d'une amputation abdomino-périnéale pour cancer du rectum.

Observation 37. Monsieur R.. 51 ans

Fistule caecale après appendicectomie partielle ; cure de la fistule ; éviscération secondaire.

Histoire

Le malade est hospitalisé le 14 octobre 1961 pour éventration sur cicatrice d'appendicectomie remontant à 1958.

Depuis 2 à 3 jours, il se plaint de douleurs au niveau de

la partie basse de l'éventration, sans fièvre, sans vomissements, sans arrêt du transit.

A l'examen, on note une importante tuméfaction au niveau de la fosse iliaque droite, rouge, chaude, très douloureuse, adhérent aux plans superficiels, non réductible. Le reste de l'abdomen est souple.

2 jours après l'admission, issue de matières par la cicatrice : il s'agit donc d'une fistule caecale. On s'étonne de l'existence d'une fistule caecale aussi tardive et on pense à une possibilité d'appendicite sur moignon appendiculaire.

N.F.S. : GR : 4.000.000
GB : 10.000 PN 80%

Urée: 0,35g/l

On étouffe la plaie au Dakin.

Au bout de 9 jours, la fistule est asséchée, on entreprend la cure de la fistule.

25.10.61. Cure de la fistule caecale :

"Médiane sous ombilicale.

On se porte sur la région caecale où il existe de nombreuses adhérences épiploïques et du grêle. Libération d'une anse grêle. On découvre la pointe de l'appendice qui est libre. Ablation. On se porte alors sur la cicatrice iliaque droite. Dissection du caecum et repérage de la fistule, qui est constituée par un fragment appendiculaire résiduel. Résection de tous les tissus scléreux. Fermeture de la fistule.

Paroi en 3 plans au catgut chromé."

Histologie :

Abcès enkysté entouré d'adhérences péritonéales, avec cellules géantes d'aspect macrophagique. Un examen attentif permet de découvrir des vestiges de tube appartenant à une muqueuse de type appendiculaire ou caecal, et dont certains sont à l'origine de plasmodes multinucléés.

L'ensemble ne renferme aucune lésion tuberculeuse ou néoplasique.

Suites opératoires

Terramycine par voie générale pendant 6 jours, puis pénicilline

2 millions et streptomycine 1 g pendant 15 jours.

Aspiration gastro-duodénale pendant 3 jours.

Les suites opératoires sont fébriles.

J+1 à J+3 : Température autour de 37°8 à 38°
ionogramme normal

J+4 : La fièvre monte à 39°
Quelques gaz, mais pas de selle.
Abdomen légèrement douloureux.

J+7 à J+9 : La température reste autour de 37°5

J+9 : désunion spontanée de la cicatrice iliaque droite, au fond de laquelle on voit une anse grêle.

Réintervention 9.11.61 (PAJOT) :

Excision des bords de l'ancienne cicatrice iliaque droite.

Libération de plusieurs anses grêles agglomérées entre elles et étroitement fixées à la partie inférieure de la cicatrice.

Avivement des berges aponévrotiques jusqu'en tissu sain.

Fermeture de la paroi en un plan au nylon 2, sans traction.

Nylon sur la peau (points de Blair-Donati).

Drain de Redon sus-aponévrotique.

Suites de la réintervention : fébriles

J'+1 : fièvre à 38°5
drain de Redon : 50 cc

J'+2 : parotidite droite à staphylocoque doré (sensible à tous les antibiotiques) qui régressera en 4 jours.

J'+3 - J'+4 :
Redon : 5 cc
Reprise du transit intestinal.

J'+11: apyrexie complète ; cicatrisation terminée.

J'+17: muguet buccal guéri en 3 jours.

Sortant le 6.11.61, paroi solide, complètement cicatrisée.

Observation 38. Madame F... 64 ans

Gastrectomie d'urgence pour hématomèse ulcéreuse au cours d'un traitement cortisonique ; fistule gastrique et éviscération au 12e jour.

Histoire

16.7.62. : admission d'urgence pour hématomèse abondante chez une malade déjà opérée d'un cancer du sein, et qui présente des métastases vertébrales pour lesquelles elle est soumise à une corticothérapie intensive depuis 4 ans

Compte rendu opératoire 16.7.62..

Gastrectomie type Finsterer.

Médiane sus-ombilicale. A l'exploration, on note du sang dans le grêle, pas de métastases dans le foie.

Gastrotomie : présence de sang noirâtre et de caillots en grande abondance. A l'exploration, découverte d'un ulcère de l'antra au niveau de la grande courbure adhérent au méso-colon, térébrant perforé dans la première anse jéjunale qui est libérée.

L'orifice de perforation est suturé.

On décide de pratiquer une gastrectomie des 2/3 Finsterer.

Hémostase de la grande courbure et de la pylorique.

Section du duodénum sur écraseur de Mayo.

Fermeture du moignon duodénal en 3 plans au fil de nylon fin.

Ligature de la coronaire.

On pratique une ouverture à travers le mésocolon à sa partie gauche, la partie droite étant très infiltrée.

La 1ère anse jéjunale qui a été suturée est laissée en place.

On monte donc la 2e anse jéjunale en trans-mésocolique qui est amarrée à l'estomac après fermeture de la brèche du mésocolon à sa partie postérieure

Hémostase préventive des vaisseaux de la sous-muqueuse au niveau de la tranche de section de l'estomac.

Fermeture de la queue en raquette avec des points de lin fin en points éversants.

On ouvre le jéjunum et on ferme la bouche de l'anastomose gastro-duodénale qui mesure 3 cm de large par des points de nylon fin inversants, d'abord plan postérieur, puis plan antérieur.

On renforce la partie interne de la raquette. On ferme la brèche méso-colique en sa partie antérieure.

On ferme également les fossettes créées en sous-mésocolique par la montée de la 2e anse jéjunale tant en dehors qu'en dedans.

En fin d'intervention, la bouche de l'anastomose gastro-duodénale est perméable à 2 doigts.

Nettoyage de la cavité péritonéale.

Drain en regard du moignon duodénal sortant par une contre incision droite.

Fermeture de la paroi en 3 plans.

Suites opératoires

Une semaine environ, après la gastrectomie, apparition d'une fistule gastrique qui augmente d'intensité malgré une aspiration continue gastrique posée pendant 24 heures.

J+11 : éviscération complète.

J+12 : réintervention :

"L'incision pariétale est complètement désunie. Tous les fils ont coupé. Les tissus sont infiltrés, cartonnés.

On arrive progressivement sur les lésions gastriques. Il y a d'abord un lâchage de la brèche mésocolique, de telle sorte que la queue de la raquette est devenue sus-mésocolique. Cette queue de la raquette est elle-même complètement désunie. Tous les fils ont coupé, les tissus sont lardacés.

On pose deux points qui oblitèrent la brèche gastrique, mais on a l'impression que l'on accomplit un geste d'une extrême précarité. La fragilité des tissus est certainement en rapport avec le fait qu'il s'agit d'une malade qui est sous corticoïdes depuis 4 ans. D'ailleurs, l'état cardio-pulmonaire de cette malade ne semble pas permettre que l'on puisse juger de l'efficacité de la suture. Suture pariétale en un plan au fil de nylon."

La malade est décédée quelques heures après la fin de l'intervention.

Observation 39. Madame B... 69 ans

Hémi-colectomie droite pour bloc inflammatoire iléo-caecal.

Fistule stercorale au 5e jour avec éviscération.

Mort en 8 mois de cachexie.

Adressée le 29.12.61. pour syndrome douloureux abdominal sus-ombilical avec fièvre à 38°-39°, sans trouble du transit.

Antécédents

Myomectomie en 1929, suivie de radiothérapie.

Examens biologiques

N.F.S. : GR 4.200.000

GB 10.700 dont PN 72%

Examen cyto bactériologique des urines : quelques polynucléaires altérés
très rares entérocoques

Complet hépatique : réaction de Hanger positive
thymol : 4
cholestérol total 2,25
cholestérol estérifié 1,75G/l
ni sels ni pigments dans les urines.

On hésite entre appendicite et cholécystite, et l'on institue un traitement par les antibiotiques.

On décide d'intervenir le 5.1.62.

Compte rendu- opératoire :

Hémicolectomie droite + résection de grêle +
ovariectomie droite.

Syndrôme douloureux du flanc droit datant de 8 jours, ne cédant qu'incomplètement aux antibiotiques, et faisant hésiter entre cholécystite et appendicite.

-Jalaguiers large au niveau de la fosse iliaque droite.

On découvre un bloc fibreux et scléreux très inflammatoire du bas fond caecal.

Après un petit décollement du caecum, les lésions semblent trop étendues, et l'appendice trop difficile à sculpter pour se contenter d'une appendicectomie simple.

-Il existe d'autre part un doute sur l'étiologie véritable de cette sclérose. Aussi décide-t-on de pratiquer une colectomie droite.

L'adhérence du grêle à cette zone force à réséquer 40 à 50 cm de grêle terminal, et l'anastomose est faite en termino-terminale en un plan iléo-colique au niveau de l'angle droit.

La péritonisation est faite en rabattant le grêle dans la zone de décollement et en le suturant par quelques nylon.

Deux drains de Goinard sont mis dans le décollement.

Une lame est mise dans la grande cavité.

-En fin d'intervention, on pratique l'extirpation d'un kyste de l'ovaire gauche en agrandissant le Jalaguier vers le bas et une incision arciforme trans-rectale.

Extirpation facile d'un kyste de l'ovaire du volume d'un pamplemousse.

Fermeture de la paroi en 2 plans.

Agrafes sur la peau.

Examen histologique :

Il montre au niveau du bas fond caecal une inflammation caractérisée par une sclérose importante. Le mésocolon ainsi que les franges épiploïques sont remaniés par une scléro-lipomatose importante.

L'appendice est presque complètement disparu dans cette réaction scléreuse. La valvule de Bauhin est épaissie au niveau de sa sous-muqueuse par une couche importante de tissu adipeux peu vascularisé. Ce tissu forme deux coussinets rétrécissant fortement le passage de l'iléon au caecum. Il s'agit d'une inflammation chronique vraisemblablement consécutive à un plastron appendiculaire.

Le kyste de l'ovaire est un cysto-adénofibrome. Aucun signe histologique de malignité ou d'inflammation spécifique n'a été rencontré sur les fragments examinés.

Suites opératoires

J+5 : apparition d'une fistule avec issue de liquide stercoral par la plaie.

J+7 : large désunion de la plaie ; éviscération ; on entreprend une réanimation énergique et l'on réintervient au 13e jour.

J+13 : réintervention :

Femme de 68 ans, opérée 13 jours auparavant d'une iléo-colectomie droite pour tumeur inflammatoire iléo-caeco-appendiculaire.

La résection difficile avait porté sur 1 m de grêle environ, sur 20 cm de colon, et s'était terminée par une anastomose iléo-colique droite termino-terminale.

Vers le 5e jour était apparue une fistule, probablement iléale ou de l'anastomose, un liquide stercoral faisant issue par deux orifices de la plaie.

Celle-ci se désunit largement au 7^e jour et on réintervient.

- On découvre un magma iliaque droit comportant le colon ascendant, l'angle droit et une partie du colon transverse, un certain nombre d'anses grèles et les mésos correspondants terriblement infiltrés, très épaissis, très durs, rendant la dissection extrêmement difficile, à tel point que des anses grèles sont ouvertes en plusieurs endroits.
- Ce bloc se poursuit environ jusqu'à la ligne médiane et adhère en bas assez intimement au colon sigmoïde dont on le clive avec difficulté.

Finalement on ne trouve de colon sain et de grèle apparemment sain que sur la ligne médiane.

- Ceci oblige à réséquer tout le bloc inflammatoire en emportant d'ailleurs le péritoine pariétal postérieur. La résection comportera alors environ 30 cm de colon et 2 m de grèle.
- Dans la partie gauche de l'abdomen, les anses grèles sont unies les unes aux autres par un processus de péritonite plastique ancien et la dissection de ces anses est relativement facile.
- On termine l'intervention par une anastomose termino-terminale du grèle au colon transverse, en un plan extra-muqueux, au fil de lin, points séparés.

Cette anastomose paraît satisfaisante.

- On pose 3 lames : 2 dans le décollement pariétal postérieur, et un dans le cul de sac de Douglas. Elles sortent soit par la partie basse de la plaie, soit par les anciennes contre-incisions.
- Fermeture de la plaie au fil de bronze.

Examen histologique :

Le maximum des lésions siège dans le mésocolon. Il s'agit d'une inflammation et le tissu adipeux est fréquemment en régression. Il existe de nombreux lipophages et des histiocytes entourant des corps étrangers, probablement des cristaux de talc. Aucun signe de malignité.

Suites de la réintervention :

La paroi ne cicatrise jamais complètement ; l'état général est médiocre.

On invoque le rôle du terrain : éthylique chronique, anorexique.

La malade reste 6 mois dans le service .

9.6.62. à la sortie : la déhiscence pariétale persiste, mais pas de fistule digestive ; l'état général est médiocre.

3e hospitalisation le 20.6.62., 11 jours après la sortie :

Malade dans un état général catastrophique, semi-comateuse, cachectique.

Depuis la sortie, vomissements à répétition ;

oedème de carence des membres inférieurs ; la malade ne s'alimente plus depuis 10 jours.

Réanimation : sang puis trophysan (mal supporté : diarrhée)
sérum glucosé IV avec polyvitamines.

Malgré la réanimation, la brèche ne se referme pas ; l'état de la malade contre-indique une réintervention.

Elle sort le 7.8.62 ; exitus en ville.

Observation 40 . Monsieur L.. 58 ans

Laparotomie exploratrice pour néo-prostate avec fistule grêle-vessie ; réintervention au 39e jour pour éviscération médiane et fistule du grêle.

31.3.62. : admis dans le service pour O.I.A. et rétention d'urine liées à un néoplasme de la prostate ; urée : 0,65. TA 20/10.

1.4.62. intervention

Syndrôme occlusif datant de 3 jours ayant débuté par des troubles urinaires avec hématurie et dysurie.

L'occlusion s'est complétée avec nombreux niveaux liquides à la radiographie. Le lavement baryté semble montrer un obstacle sur l'angle gauche.

Devant l'importance des troubles et malgré la constatation au toucher rectal d'un néoplasme évident de la prostate avec rétention d'urine, on se décide à intervenir.

Médiane sous-ombilicale.

Dilatation moyenne du grêle ; vérification de bout en bout de tout le grêle et du colon.

On retrouve une vessie énorme, d'une épaisseur de 1 cm, sphacélique vers la corne gauche, avec adhérence à ce niveau d'une anse grêle.

Ceci ne semble cependant pas expliquer l'occlusion, car l'obstacle est facilement levé.

Le Douglas n'est pas cloisonné. On ne perçoit pas d'extension lymphatique du cancer prostatique. Aucun obstacle n'est retrouvé sur le grêle ni sur le colon. En conséquence, il semble donc s'agir d'une occlusion réflexe après rétention d'urine massive par cancer de la prostate.

A noter qu'il existe 500 à 600 cc d'ascite dans le ventre, que chez cet éthylique notoire, le foie est apparemment normal et la rate de petit volume. Fermeture de la paroi en 2 plans au nylon ; agrafes sur la peau.

Sonde à demeure.

Suites opératoires

- 1) reprise du transit à J+4
- 2) à J+10, désunion de la plaie opératoire
- 3) à J+25, apparition d'une fièvre oscillante avec altération progressive de l'état général.
- 4) un traitement par le S.T.52 est entrepris.

J+32 :

- 1) altération importante de l'état général ; fièvre à 39°
- 2) débacle de pus dans les urines ; la fosse lombaire droite est mal dépressible et douloureuse.
- 3) la plaie pariétale est désunie avec bourgeonnement sur les 2/3 supérieurs. A la partie basse, la désunion est très accentuée.
- 4) météorisme abdominal, mais transit conservé.

Réanimation +++ sang

Examens complémentaires :

urée sanguine = 1,10 g/l
 N.F.S. : GR 3.600.000
 GB 13.200 PN 86%
 Cl : 97 meq
 RA : 44 volumes
 K : 4,5 meq

J+38 :

La fièvre a tendance à baisser, mais l'état général est très altéré ; débacle de pus dans les urines. On se propose de faire une néphrostomie droite.

J+40 :

Apparition d'une fistule du grêle à la partie basse de l'éviscération.

Réintervention malgré l'état général très altéré et la pyurie +++

- Excision de l'ancienne cicatrice de médiane sous-ombilicale.

Dissection de l'anse porteuse de la fistule qui est une anse iléale située à 40 cm de l'angle iléo-caecal.

Libération des anses grêles en aval de la fistule jusqu'à l'angle iléo-caecal.

- On constate qu'il existe une énorme vessie dont les parois sont épaissies et sphacéliques. Une anse grêle adhère intimement à la vessie, et au cours de la libération de celle-ci, la vessie est ouverte et donne issue à du pus mêlé à de l'urine.

Les lésions endo-vésicales sont considérables.

La paroi est pratiquement nécrosée.

1°) Résection de l'intestin grêle porteur de la fistule
suture en un plan au nylon.

2°) Montée de 2 sondes urétérales dans les 2 orifices urétéraux,
il en sort du pus sous pression

Ces deux sondes urétérales sont repassées par la verge, et sortent par le méat.

La vessie, après avivement et autant que faire se peut est fermée sur un très gros tube de cystostomie qui sortira en fin d'intervention à la partie basse de la médiane.

On essaie d'extra-péritoniser la vessie par des points au catgut.

Suture de la paroi après avivement et dissection de la gaine des droits.

On peut faire un plan péritonéal au catgut, et la suture aponévrotique de la gaine des droits est faite au fil d'acier.

Nylon sur la peau.

Une heure après l'intervention, le malade décède dans un tableau de cyanose et de collapsus.

Observation 41. Monsieur A.. 71 ans

Amputation abdomino-périnéale pour cancer du canal anal :
éviscération au 4e jour.

Entre le 31.7.62. pour cancer du canal anal.

Examens préopératoires :

urée : 0,30g/l

ionogramme : K	4,5 meq
Na	137 meq
RA	24 v
Cl	104 meq
Protides	18 meq

Réanimation préopératoire : un flacon de sang

16.8.62 Amputation abdomino-périnéale

"Cancer du rectum très bas situé, à la jonction du rectum avec la canal anal et débordant sur ce dernier.

Le cancer siège à la face antérieure, très adhérent. Il semble bien que le bulbe et la prostate soient envahis.

On pose néanmoins une indication opératoire, même si l'exérèse ne doit pas être satisfaisante, en raison de l'importance des douleurs accusées par le malade et qui lui rendent la vie intolérable.

- Incision médiane sous-ombilicale.

Il n'y a pas de métastase hépatique et l'on ne sent pas de ganglion. Section du colon sigmoïde au niveau du sommet de l'anse.

Le bout distal est établi en anus iliaque gauche définitif à travers une contre-incision iliaque gauche.

Le bout proximal est disséqué sans aucune difficulté jusque dans la concavité sacrée.

Péritonisation facile.

- Le temps abdominal est extrêmement simple.

Par contre le temps périnéal s'avère extrêmement difficile en raison de la difficulté que l'on a à trouver un plan de clivage entre le rectum, le bulbe et la prostate.

- En outre, il existe une infiltration du paramètre droit très importante.

L'amputation abdomino-périnéale qui est ainsi pratiquée n'est pas satisfaisante du point de vue carcinologique, car si on est arrivé à cliver le rectum de la prostate de façon satisfaisante, il existe par contre un envahissement du bulbe urétral obligeant à laisser quelques fragments tumoraux en place.

Un Mickulicz dans la brèche périnéale que l'on rétrécit par 3 points de nylon.

En conclusion : l'intervention confirme ce que l'on pensait avant, c'est à dire qu'il s'agit en somme d'une intervention de charité et de confort, mais peu satisfaisante du point de vue carcinologique.

Histologie :

Epithélioma glandulaire, de type Lieberkhunien. Cette tumeur est végétante et infiltrante et la prolifération néoplasique atteint la séreuse.

De nombreux foyers néoplasiques existent dans la sous séreuse et sont entourés par une réaction inflammatoire faite de lymphocytes ; la stromaréaction est conjonctive et inflammatoire.

Suites opératoires

J0 : antibiotiques poursuivis

glucosé : 2,5 l

SGH 250

Température 37° ; pouls 65 ; TA : 15/8

J+1 : glucosé 3 l

ClNa 20 g

Encombrement pulmonaire

J+2 : Accès hypertensif à 29/17

J+3 : SGI 1,5 l

K 1,5 g

J+4 : SGI 2,5 l

ClNa 20 g

Température 36°8 ; pouls 100

J+4 réintervention pour éviscération

Eviscération au 4e jour sur une cicatrice de médiane sous-ombilicale pour amputation du rectum par voie abdomino-périnéale.

L'éviscération intéresse surtout la partie haute de la cicatrice.

Les anses sont tendues, dilatées, perforées en 2 endroits par les agrafes qui paraissent fichées dans la paroi du grêle.

Exérèse de celle-ci, et après élargissement de la déhiscence pariétale, suture d'un point de perforation.

Réintégration des anses et fermeture de la partie haute seulement de la cicatrice qui se désunit par un plan total de fils de bronze.

Bonne coaptation des lèvres de la plaie. Pansement.

Suites de la réintervention

J'0 : glucosé hypertonique 250 cc
trophysan 1 l

J'+1 : glucosé 2,5 l
ClNa 15 g
ClK 5 g
glucosé hypertonique 250 cc
trophysan 1 l
cédilanide

J'+2 : SGI 2 l
ClNa 10 g
ClK 4 g
trophysan 1 l
SGH 250 cc

La tension qui est très variable revient à 16/10

Température 37° - pouls 68

J'+3 : SGI 1 l
ClNa 6 g
ClK 2 g
trophysan 1 l

J'+4 : SGI 500 cc
ClNa 4 g
ClK 1,5 g
trophysan 500 cc

urée sanguine 1,35 g/l

N.FS.: GR 4.400.000

GB 12.500 dont PN 86% - L 14%

ionogramme :	K	4,5 meq	
	Na	134 meq	anions 133 meq
	Ra	27 meq	cathions 148 meq
	Cl	75 meq	
	protides	21 meq	

J'+5 : trophysan 500 cc

urée urinaire 15,35 g/l

urée sanguine 1g/l

ionogramme :	K	3,9 meq	
	Na	134 meq	anions 142 meq
	RA	27 meq	cathions 147 meq
	Cl	84 meq	
	protides	21 meq	

J'+6 : alimentation orale

J'+10: arrêt de la streptomycine - pénicilline - tifomycine

Finalement, exitus vers le 10e jour de cachexie.

FACTEURS ETIOLOGIQUES DES EVISCERATIONS

Les facteurs étiologiques sont de 3 ordres :

- facteurs opératoires
- facteurs post-opératoires
- facteurs liés au terrain

Les facteurs opératoires sont trop connus pour y insister. Dissection laborieuse des plans pariétaux, prise en masse des tissus par les ligatures, électro-coagulations massives. L'anesthésie "moderne" nous semble trop souvent jouer un rôle dans les mauvaises réparations de paroi. Comment l'aide peut-il serrer correctement les noeuds chez un malade trop précocément réveillé, dont la main se faufile sous les champs pour tenter d'écarter la Reverdin dont il sent la piqure ?

La responsabilité de l'aide existe, car dans l'ensemble les noeuds sont trop serrés et le nylon coupe les tissus. La soie permet plus aisément un serrage sans tension et sans risque de désunion des noeuds.

Le drain, lorsqu'il est disposé à travers la voie d'abord, est une source possible de désunion ; il vaut mieux le faire sortir par une contre-incision.

Les facteurs post-opératoires sont de 2 ordres :

-1) les uns augmentent la poussée de dedans en dehors sur la ligne de réparation pariétale : ce sont la distension intestinale, facteur essentiel, et la dyspnée post-opératoire.

Nous avons observé une eviscération au 5e jour d'une cholécystectomie chez un bronchopathe chronique qui avait une dyspnée expiratoire extraordinairement importante.

La réintervention montra qu'en dehors de ce facteur mécanique, aucune autre cause ne pouvait être invoquée. Il n'y avait pas la moindre distension intestinale post-opératoire.

-2) les autres fragilisent la paroi :

- hématome
- infection torpide de paroi : obs. 37
- fistules digestives : obs. 38,39,40.

Les facteurs liés au terrain

Le plus important est la dénutrition chronique (cancéreux

et éthyliques) : obs. 38,39,40,41.

Il y a également l'obésité qui est souvent rencontrée.

Il faut ajouter à ces facteurs, le rôle nocif des anticoagulants et la corticothérapie (obs. 38).

Pour chaque malade, les causes s'associent :

obs. 37 : incisions trop proches + infection de paroi récente.

obs. 38 : traitement corticosonique + cachexie cancéreuse entraînant une fistule gastrique.

obs. 39 : fistule iléale + choc chronique par anorexie éthylique.

obs. 40 : cachexie cancéreuse + urémie + pyurie par fistule entéro-vésicale.

obs. 41 : cancer + distension post-opératoire + encombrement broncho-pulmonaire.

LA SYMPTOMATOLOGIE DE L'ÉVISCÉRATION est assez univoque

Date d'apparition : 4 fois sur 5, entre le 10^e et le 14^e jour

1 fois, le 4^e jour (incisions trop rapprochées).

L'éviscération peut apparaître brutalement lors d'un effort de toux, de vomissement ou de défécation, ou être précédée pendant plusieurs jours par des prodromes.

Boursouffure de la région opératoire qui est rouge, chaude. Il ne faudrait pas attribuer hâtivement cet aspect à un abcès de paroi et débrider la plaie aveuglément à la pince de Kocher, on risquerait de faire une effraction dans une anse. Il ne faut pas hésiter à percuter la zone suspecte. Un tympanisme signerait l'existence d'une anse sous cutanée (ce que nous avons vérifié une fois) ; la radiographie le profil (à laquelle il faut recourir même chez les malades obèses) montre généralement très nettement l'irruption sous cutanée d'anses abdominales.

Le signe pathognomonique de l'éviscération imminente est maintenant bien connu, c'est l'écoulement abondant séro-sanglant inondant le pansement (de grande valeur lorsqu'il n'y a pas de drainage). L'existence de ce signe est suffisante pour imposer la réintervention d'urgence, avant même la déhiscence cutanée.

Si l'éviscération est généralement facile à détecter même à son début, il est parfois plus difficile de savoir s'il s'agit d'un

simple accident pariétal ou s'il est secondaire à une lésion intrapéritonéale qui nécessitera un traitement propre en général complexe.

TRAITEMENT

L'éviscération commande la réintervention sans délai. Le but de celle-ci est de fermer coûte que coûte la paroi abdominale.

L'éviscération engendre toujours un choc, parfois très sévère, aussi faut-il précéder la réintervention d'une courte mais énergique préparation : perfusion de plusieurs flacons de sang, antibiothérapie massive, tandis que l'on prépare les conditions matérielles de la réintervention.

L'anesthésie avec intubation est de règle (encore que certaines éviscération ont pu être réparées sous anesthésie locale) avec mise en place d'une aspiration digestive, si ce n'est déjà fait.

L'intervention est à mener rapidement car ces malades choqués ne feraient pas les frais d'une longue intervention.

Tactique opératoire

- 1) désunion complète de la cicatrice initiale, (sinon on court le risque d'une récurrence post-opératoire sur la portion non reprise).
- 2) exploration de la cavité abdominale à la recherche de lésions éventuelles qui ont pu favoriser l'éviscération, et traitement de ces lésions. Nous n'y reviendrons pas.
- 3) réfection de la paroi : ici 2 cas se présentent :
 - a) La fermeture de la paroi est possible sans tension.
 Les anses intestinales ont été aplaties par l'aspiration les berges pariétales sont d'abord avivées
 ensuite on referme la paroi plan par plan aux points séparés avec du matériel non résorbable (les fils d'acier, les fils de soie semblent de bons matériaux bien tolérés).
 on s'appuyant au besoin de temps en temps sur des plans totaux.
 - b) La fermeture est très difficile.
 On peut s'aider d'artifices. Le dédoublement de la gaine des droits permet de gagner environ 4 à 5 cm de plan aponévrotique de couverture.

En tout cas, si on ne peut pas malgré tous ces efforts refermer le péritoine ou l'aponévrose, il faut à tout prix refermer la

peau, quitte à faire ultérieurement la cure de l'éventration ainsi laissée.

La pose d'une prothèse inerte en nylon ou métallique pourrait se poser. Il semble qu'il vaille mieux ne pas y recourir sur des tissus toujours plus ou moins infectés.

RESULTATS

Lorsque la peau n'est pas trop abimée et qu'il n'existe pas de nécrose pariétale, la fermeture généralement tient.

Si la fermeture n'a pu être parfaite, les pansements et bandages, même les plus ingénieux, n'empêcheront généralement pas la récurrence. Celle-ci est catastrophique.

Nos résultats sur 5 éviscérations montrent la gravité de cette complication :

2 décès dans les heures qui ont suivi la réintervention. Ces malades avaient été réopérés dans un état pré-agonique.

1 décès au bout d'un mois de cachexie cancéreuse.

1 décès au bout de 6 mois dans un tableau d'éviscération chronique avec cachexie au dessus de toute possibilité réanimatoire.

1 guérison simple en 11 jours (éviscération sur Mac Burney pour fistule appendiculo-caecale externe).

Donc 2 décès précoces

2 décès à distance

1 guérison simple

PROPHYLAXIE

La sélection plus rigoureuse des malades inaptes à subir une réintervention.

La fermeture minutieuse des parois abdominales.

La prévention efficace de la distension intestinale

de l'encombrement broncho-pulmonaire

de l'infection de paroi

de la dénutrition.

devraient permettre de diminuer considérablement la fréquence de l'éviscération post-opératoire.

CONCLUSIONS

Parmi les complications post-opératoires, les occlusions, les hémorragies, les péritonites, les éviscérations sont susceptibles de tuer rapidement. L'étude de nos observations montre qu'une réintervention faite à temps peut guérir les 2/3 des malades.

Le diagnostic de la réintervention est un des plus difficiles de la chirurgie abdominale, car l'état même de l'opéré masque les symptômes maintenant bien connus de la chirurgie abdominale d'urgence.

Après un examen clinique, biologique, radiologique méticuleux, mis en oeuvre d'urgence lorsque le doute persiste, force est de recourir à la réintervention exploratrice qui vérifie le diagnostic et doit permettre un traitement correct. On obtient ainsi des sauvetages inespérés même s'il faut vaincre pour ces réinterventions des difficultés psychologiques évidentes.

Le choix du moment idéal pour réintervenir est un des plus difficiles à déterminer.

Ainsi dans près de la moitié des cas le caractère progressif de l'hémorragie rend le diagnostic non évident d'emblée et l'on ne réintervient qu'après le quatrième jour. La réintervention est grevée souvent d'ennuis de paroi, de surinfection de l'hématome qui nécessitent eux-mêmes d'autres réinterventions. La fréquence de ces complications semble diminuer si l'on réintervient tôt.

L'occlusion post-opératoire est redoutable. Trois malades sont morts : deux par non-réintervention, la troisième par réintervention trop tardive. Un délai de un à trente jours s'est écoulé entre les premiers symptômes et la réintervention. Pour arriver au diagnostic, il faut acquérir le réflexe suivant : devant toute douleur abdominale paroxystique post-opératoire, il faut pratiquer d'urgence des radiographies de l'abdomen sans préparation.

Le diagnostic de péritonite post-opératoire n'est pas un diagnostic que l'on fait facilement. On ne peut guère compter sur la température jugulée par les antibiotiques, sur la fièvre d'inter-

prétation si difficile chez un opéré. Force est de donner une certaine valeur aux vomissements, aux troubles du transit et en particulier à la diarrhée, aux signes généraux, état du facies, sécheresse des téguments et à l'oligurie. Ces signes qui paraissent rétrogrades pour une péritonite initiale, gardent une grande valeur dans le diagnostic des péritonites post-opératoires. Quoique tardifs, ils permettent de poser l'indication de la réintervention et de sauver la majorité des malades. Les péritonites localisées, connues de longue date, posent parfois de difficiles problèmes entre affection thoracique et abcès sous phrénique.

Les fistules digestives, bien souvent liées à des erreurs de technique ou de jugement sont graves. Lorsqu'elles siègent sur le grêle, il faut le plus souvent en faire rapidement la cure radicale. Sinon le risque est grand de fistules multiples et de nécroses pariétales dont on connaît le sombre pronostic.

Ainsi se dégagent quelques conclusions thérapeutiques :

Prophylaxie

Tous les travaux consacrés aux réinterventions en chirurgie abdominale montrent que nombre de ces complications nécessitent une réintervention sont dues à un traitement initial mal adapté et que les réinterventions sont d'autant plus rares que l'acte chirurgical initial a pu être plus parfait.

Toutefois, il ne faut jamais oublier que dans quelques cas il s'agit d'une complication fortuite sans rapport avec l'intervention initiale comme un péritonite ou une appendicite aiguë par exemple.

Traitement curatif

La réintervention n'a de chances d'être salvatrice que si elle est entreprise, quelques soient les apparences, comme une intervention de chirurgie majeure, nécessitant les plus grands moyens d'anesthésie et de réanimation .

Une fois décidée, elle doit être conduite jusqu'au bout, quelque soit l'ampleur des gestes chirurgicaux nécessaires. C'est dire que la réintervention en chirurgie abdominale est une des interventions qui nécessite la plus haute compétence chirurgicale.

B I B L I O G R A P H I E

- 1 BLOCH-LAROQUE . La réanimation dans les réinterventions abdominales
Cahiers d'anesthésiologie 7 3, N°2, sept.55 p335-417
- 2 CLAVEL. Stratégie et tactique en chirurgie d'urgence (1955)
- 3 Débat au congrès de l'association française de chirurgie (1962)
sous la présidence de DELANNOY.
- 4 FRANCK, GLEEN et coll. Present status of surgery of the colon and
small bowell.
New York State Journal of medecine. Nov.1959. p 3988-4000
- 5 Jean HAMBURGER . La réanimation meurtrière.
Exposé introductif - Journée de réanimation médicale organisée
le 27 octobre 1958 à l'hôpital Necker.
- 6 Accidents rénaux post-opératoires . Analyse de 200 observations
MAC 7 85- 1 14 janvier 1959.
- 7 J. HUGUIER - J. CROSNIER . Correction des pertes digestives et sur-
veillance de l'aspiration gastro-duodénale. P.M. 1955 T 63 N°83
14 déc. 1955. p 1731.
- 8 R. LERICHE . Bases de la chirurgie physiologique.
Essai sur la vie végétative des tissus. 1 vol. 270 p. Masson édit.
Paris 1953.
- 9 LOWDON AG Emergence reoperation in abdominal surgery.
J. Roy Coll. Surg. Edimbourg 4. 291-304 . July 1959.
- 10 MURI SASSO . Valeur de la réanimation médicale au cours de certains
aspects de la maladie post-opératoire.
Marseille Médical 1960. 97 N°3 - 5 avril 1960. p 207-220.
- 11 Risque opératoire et Maladie post-opératoire R.P. T V N°16. 1.6.55.
- 12 F. STARLINGER . Die relaparotomie.
1 vol. 225 pages. Walter de Gruyter. edit. Berlin 1954.
- 13 THOMERET G. Peut-on simplifier les soins post-opératoires ?
R.P. T VII N°24. 26-36.
- 14 Lever précoce et complications de la période post-opératoire.
MAC. 1 février 1956. p 139

HEMORRAGIES

- 15 CAPESIUS RP. Contribution à l'étude des hémorragies per-opératoires. Thèse Paris 1958 (n°446).
- 16 Collapsus. Revue du Praticien T X N°29. 11 nov. 1960.
- 17 CREYSSSEL rapporte un choc tardif mortel par hémotome rétropéritonéal après hémicolectomie droite in Lyon Chir. T XLIII N°5.
- 18 DAVIS & Coll. Irreversible shok in surgery. The western journal of surgery obstetrics and gynecology. Vol.69 N°1 1-5. Janv-fév. 1961.
- 19 P.DETRIE . Infarctus total du mésentère guéri par les anticoagulants. M.A.C. 24 octobre 1956. P. 813.
- 20 GERMAIN. Revue du Praticien T X N°29. 11 nov. 1960.
- 21 R.GUELETTE. Sur le mécanisme du collapsus cardio-vasculaire au cours de certaines affections de l'étage supérieur de l'abdomen. P.M. N°7 31 janvier 1953.
- 22 HAROLD & HARVEY. Complications post-opératoires après gastrectomie pour ulcère (de 1936 à 1959) S.G.O. Vol. 117. N°2. P. 211 à 220. août 1963.
- 23 MONDOR-PORCHER P.-OLIVIER C. et SIMON G.C.
La radiographie dans les hémopéritonées de la grossesse tubaire. P.M. T 59. N°82. 25 déc. 1951. p. 1717-1720.
- 24 J.H.MULLER. Les complications de la gastrectomie dans la période post-opératoire immédiate. P.M. 1956. T 64. N°18. p403-405.

OCCLUSION

- 25 LV Congrès de l'Association française de chirurgie. Paris 5-10 oct. 1953.
Traitement pré et post-opératoire de l'occlusion intestinale aiguë chez l'adulte.
- 26 Occlusion intestinale RP T V N°24. 21 sep. 1955.
- 27 ARSAC MLP. Occlusion intestinale aiguë. Suites opératoires immédiates (165) Thèse Paris 1953.
- 28 BISSON. Grêle. Brides et adhérences au niveau. Etude radiologique. Thèse Paris 1956.
- 30 BOURGEOIS RFF. Occlusions post-opératoires immédiates et secondaires précoces, étude. Thèse Paris 1953 (575)
- 31 BRUNNELOT Jacques. Les occlusions aiguës précoces du grêle après colectomie gauche pour cancer. Thèse Lyon 1955. 59p (N°268)
- 32 CANTOR.MO. Intestinal obstruction after colon surgery.
J. Michigan Med.Soc. 58. 1844. 7 nov. 1959.
- 33 Jean CHARRIER - Philippe MASSE. De la prophylaxie des O.P.O. en chirurgie colique. Semaine des Hôpitaux. Paris. 18 nov. 1951.
p 3371 à 3375.
- 34 CHAUVEL.JPG. Hernies étranglées à travers les brèches du mésentère Thèse Paris 1953. (549).
- 35 FARRIS & SMITH. Reevaluation of temporary gastrostomy as a substitute for nasl suction. American Journal of Surgery. août 1961. 102-168-175. analyse de J.Cl PATEL PM 1962. 76 N°17. 7avril 1962. p 830.
- 37 FEVRE - PELLEGRIN . Iléus post-appendiculaire précoce.
MAC T 79. N°31.32. 2 déc. 1953. p 775-779.
- 38 GENON CATALOT. in hémicolectomie gauche vraie, thèse Paris 1959 (318) rapporte un volvulus le 5e jour avec réintervention le 6e jour.
- 39 GINESBURG L. et coll. Mortalité et complications majeures après résection du colon pour cancer sur 1000 résections entre 1947 et 1957. Annales of surgery 1959. 150/5 (913-927).

- 40 GRASSET J.G. Iléus post-appendiculaire précoce. Etude à propos de 6 cas. Thèse Paris 1954 (477)
- 41 H. HARTL. Complications intestinales post-opératoires et leur traitement. Therapie der gegenwart. Fév. 1960. 99/2. p 49-54. référence de CHAFFE. complications de l'aspiration gastro-duodénale dans cet article.
- 42 Cl. JORDAN et BEAURES (Rochester). Volvulus post-opératoire du caecum à propos de 6 cas. Annals of Surgery vol. 137. N°2. fév. 1953.
- 43 F.LAGROT et E.LAVERGNE. Gastrostomie temporaire en chirurgie abdominale. Annales de chirurgie 1961. 15, 273.
- 44 WILLIAMS. MAC LUNE. Occlusion intestinale post-opératoire (à propos de 44 cas) SGO mai 1953. p 567-572.
- 45 Paul MALVY. Occlusion du grêle indirectement provoquée par un cancer colique. MAC 1955 - janv. 1955. p 394.
- 46 J.MATHIEU et P.MICHAUD (de Lyon). A propos des limites de l'aspiration dans l'occlusion post-opératoire précoce après appendicite aigüe chez l'enfant. MAC 2 juin 1954. p 515.
- 47 J.HIALARET et EDELMANN. Indications et résultats de l'opération de Noble. MAC 25 avril 1956 p397. et conclusions de la discussion MAC 13 juin 1956. p 608.
- 48 Philippe MONOD-BROCA. Les appendicites aigües graves. A propos de 82 opérations.R.P. 1 février 1958. T 8. N°4. p 417-433.
- 49 Cl.OLIVIER et H ARVAY. Les O.P.C. précoces des interventions abdominales. (22 obs.)MAC 1954. T 80. p 248. (étude radiologique précisée).
- 50 RECHT P. Occlusions post-opératoires immédiates et secondaires précoce. Etude. Thèse Paris 1953 (575).
- 51 F.Z. REIMUS. Critères diagnostiques entre obstruction et strangulation du grêle. Annals of Surgery. vol 133. N°2. fév. 1951. p 184-190.
- 52 Pierre SCALI. La péritonisation en chirurgie colique et rectale. Thèse Paris 1953. dactylo (574).
- 53 Maurice SOULIER . Les occlusions à ventre plat. Thèse Paris 1960. (449) dactylo. 80 pages.

- 54 THIVET M. Intestin grêle. Sténose dans les suites d'un étranglement herniaire. 1 cas. Thèse Paris 1957 (571).
- 55 Claude WELCH. Traitement de la péritonite occlusive par la re-fonctionnalisation de l'intestin. Annals of surgery. oct. 1955.
- 56 B.Y. YOVANOVITCH et coll. Les occlusions intestinales post-opératoires. J. Chir. Paris. T 82. 4 oct. 1961. p349.

PERITONITES

- 57 Claude DUBOST - Renée BRON. Etude du pneumopéritoine post-opé-
ratoire. J. Chir. 1955. p 687.
- 58 Bernard FALIGANT. Contribution à l'étude des hyperthermies post-
opératoires. Thèse Paris 1958 (dactylo) (243).
- 59 Mme FORGEART née L.M.DUPAT. Importance du granulome au talc.
Thèse Paris. 1954. (957).
- 60 George KLEINFELD. MD (New York). Complications of colotomy and
polypectomy.
- 61 Melle MENARD. Les épanchements pleuraux post-opératoires. Thèse
Paris 1962

PERITONITES ULCEREUSES

- 62 SAKKA Michel. Perforations et péritonites digestives sous traite-
ment hormonal à la cortisone et à la corticostimuline hypophysaire
dite ACTH (aspects cliniques) thèse Paris 1954 (709).
et corticothérapie R.P. 11 nov. 1960
- 63 Pierre SUIRE - H.LAFFITTE - J.MONIE - B.VERMAERHEN.
Les chocs des perforations des ulcères gastro-duodénaux en péri-
toine libre. MAC T 88 N°32. 12 déc.1962. p 941.

PERITONITES BILIAIRES

- 64 H.CASS - B.ROBSON et FF RUNDLE. Electrolite losses with biliary
fistula. The medical journal of Australia. 5 fév.1955. vo;II
N°6. p165-169.
- 65 SOUPAULT. Les écueils du drainage cholédocien externe.
PM 20 avril 1955 p 575
PM 11 mai 1955 p 700
et thèse de LEBRUN Paris 1954. impr. BLONDEL-LAROUGERY

PERITONITES APPENDICULAIRES

- 66 PELLERIN. Péritonites du 5e jour. MAC T 37. séance du 24 mai 1961 p 518.
- 67 et thèse de A.M.BOULARD. Paris 1960.
- 68 CALVET et FELLUS. Semaine des hôpitaux avril 1961
- 69 DESJACQUES (de Lyon) : Etude pathogénique MAC 29 avril 1961 p851
- 70 VAUCLIN à la séance suivante discute l'origine et la prévention des accidents péritonéaux de l'appendicectomie à froid, et discussion qui a suivi.
- 71 VILLAR.J. Les péritonites appendiculaires. R.P. 1 février 1958. T 8 N°4 p 363-367.

PERITONITES LOCALISEES

- 72 POILLEUX EMC. 4.1963. p 9048. 40.

ABCES RETRO-PERINEAUX

- 73 W.A. ALTEMEIER et J.W. ALEXANDLER. Archives of surgery T83. N°4 oct. 1961. p512-524.

FISTULES INTESTINALES

- 74 ALBERT, MICHEL et GIORGIS.
Problèmes nutritifs posés par les fistules digestives externes post-opératoires. Rev. Lyonnaise de médecine. 15 janv. 1962. T II N°1 p 29 à 36.
- 75 J.W. BOWLIN, JD.HARDY. Sur 79 cas de fistules digestives.
The american journal of surgery 1962. 103 p 6-14
- 76 COHEN. Contribution à l'étude des fistules post-opératoires de l'intestin grêle sur 6 observations de fistules complexes.
Thèse Paris 1957. (N°426) impr.
- 77 MINIOT; Fistules du grêle. Thèse Paris 1962
- 78 JP.WEST EM.RING. de New York. SGO 113 N°4. oct.1961 p 490-496

EVISCERATION

- 79 EMC
DORTON SGO nov.1962. 115. N°5. p 651.
- 80 F.STARLINGER. Die relaparotomie cf supra.

vu
le Président
signé G. LAURENCE

vu
le Doyen
signé G. CORDIER

vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé Jean ROCHE

